

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1939-1940 — N° 205

LES RÉCIDIVES DE L'ACRODYNIE INFANTILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Août 1940

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul GRUMBACH

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Diplômé de Médecine du Travail

Né le 13 Juillet 1910, à ROUSSILLON (Isère)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOD

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1940

LES RÉCIDIVES
DE L'ACRODYNIE INFANTILE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1939-1940 — N° 205

LES RÉCIDIVES DE L'ACRODYNIE INFANTILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Août 1940

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul GRUMBACH

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Diplômé de Médecine du Travail

Né le 13 Juillet 1910, à ROUSSILLON (Isère)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1940

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales.....	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PATEL.
Clinique ophtalmologique	BÉRARD.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses.....	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	COURMONT.
Chimie biologique et médicale.....	J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie.....	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique.....	HERMANN.
Anatomie pathologique.....	CORDIER.
Chirurgie opératoire.....	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	J.-F. MARTIN.
Médecine légale.....	SANTY.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie.....	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	ROCHAIX.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	P. RAVAUULT	CLAVEL	FROMENT (R.).
CHAMBON	PIGEAUD	LEVRAIT	MARTIN (P.-E.).
REVOL	CROIZAT	BANSSILLON	MOUNIER-KUHN
ENSELME	DELORE	MALLET-GUY	BROUSSY
SEDALLIAN	JOSSERAND	ROMAN	PIFFAULT
CREYSSEL	MORIN	PEYCELON	
DE ROUGEMONT	BERTRAND	JOURDAN	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. CORDIER, *président*,
DUMAS et BERNHEIM, *assesseurs*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES AMIS

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur PEHU

Médecin Honoraire des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Il avait déjà guidé notre père dans ses études médicales et nous avons eu la bonne fortune d'apprécier la haute valeur de son enseignement lors de notre Internat à Debrousse. Depuis, il nous a témoigné une sollicitude précieuse et n'a cessé de s'intéresser à nos études.

Il nous a guidé dans ce travail qu'il avait inspiré. Il a aidé nos recherches, il nous a fait bénéficier de son expérience clinique et a mis à notre disposition ses nombreux documents.

Nous tenons à lui témoigner notre profonde reconnaissance et notre respectueuse affection.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CORDIER

Professeur de Pathologie Interne

Officier de la Légion d'Honneur

C'est dans son service que nous avons fait les premiers pas dans la médecine.

Depuis, il n'a cessé de nous témoigner une précieuse bienveillance. Si les circonstances seules nous ont empêché de suivre son enseignement, il n'a jamais cessé d'être pour nous un guide.

Il nous donne aujourd'hui encore une preuve tangible de l'intérêt qu'il nous témoigne en nous faisant l'honneur de présider notre Jury de Thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé A. DUMAS

Médecin Honoraire des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Nous n'oublions pas que nous étions son élève lorsque nous avons eu l'honneur d'être reçu à l'internat.

Nous avons gardé de ce séjour dans son service le souvenir d'un maître affable, ayant le plus grand souci d'instruire ses élèves et de leur donner un bon enseignement clinique.

Il nous a fait l'honneur et la joie d'être notre juge. Nous lui en exprimons notre vive gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé M. BERNHEIM

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait l'honneur de nous traiter toujours en ami et dans toutes les circonstances de la vie médicale où nous avons eu la bonne fortune de le rencontrer, il nous a fait bénéficier de ses vastes connaissances cliniques. Il nous a orienté dans le choix du sujet de notre thèse.

Nous sommes particulièrement heureux de le compter parmi nos juges et nous lui en exprimons notre affectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES :

Monsieur le Professeur CORDIER
Monsieur le Docteur ALAMARTINE

Externat :

Monsieur le Professeur G. NOVE-JOSSERAND
Monsieur le Professeur ROLLET (in memoriam)
Monsieur le Professeur L. BERARD
Monsieur le Docteur GARIN
Monsieur le Docteur RHENTER
Monsieur le Professeur FROMENT

Internat :

Monsieur le Docteur DUMAS
Monsieur le Professeur P. COURMONT
Monsieur le Docteur L. NOVE-JOSSERAND
Monsieur le Docteur DUFOURT
Monsieur le Docteur DECHAUME
Monsieur le Docteur PAUPERT-RAVAULT
Monsieur le Docteur L. NOVE-JOSSERAND

LES RÉCIDIVES DE L'ACRODYNIE INFANTILE

HISTORIQUE

Depuis une vingtaine d'années, dans l'Ancien et le Nouveau Monde, l'attention médicale est appelée sur cette maladie vraiment nouvelle qu'est l'acrodynie. Son apparition dans les différents points du globe est actuellement bien connue; nous voulons seulement la résumer ici, et en dégager quelques points particuliers.

Son apparition serait plus ancienne qu'on ne le croit. Il est classique de dire que l'acrodynie fit son apparition dans la Ruhr, en 1898. En réalité, il semble que cette maladie fut décrite 18 ans auparavant en Australie. En effet, M. Jeffries Wood, de Melbourne, dans une lettre personnelle à notre Maître, le Dr. Péhu, signale que, dans sa quatrième année d'études médicales, en 1884, il a eu l'occasion d'examiner un enfant qui était présenté par le Docteur William Snowball. L'enfant était atteint d'une coloration spécialement accusée des extrémités, que Snowball avait comparée à du bœuf cru (raw-beef). Il est à présumer qu'il s'agissait déjà d'une acrodynie.

Un peu plus tard, c'est le rapport de Selter, au Congrès de Cassel en 1903 : cet auteur rapporte huit observations d'une maladie singulière, observée dans la Ruhr, dont la description ressemble étonnamment à celle de l'acrodynie. Puis ce fut l'oubli pendant onze ans. En février 1914, Swift, d'Adélaïde (Australie) présente de nouveaux cas au Congrès de Médecine d'Auckland (Nouvelle-Zélande). Le compte rendu de ce Congrès ne fut connu en Europe qu'après la guerre 1914-1918.

Depuis le début de ce siècle, l'acrodynie a été observée en Europe, dans les Amériques, et en Afrique.

Aux Etats-Unis d'Amérique, M. Bilderback dit l'avoir constatée en 1914, à Portland; il l'a décrite en janvier 1920, dans une séance de la Société de Pédiatrie de Settle. La même année, paraissent les travaux de Wetson, qui ressuscite le nom d'acrodynie, et ceux de Byfield.

En même temps, la maladie fait son apparition en Grande-Bretagne. Le 21 avril 1921, M. Parkes-Weber relate à la Royal Society of Medicine of London l'observation d'une « acrodermatite mutilante ».

En mars 1922, Hugh Tufield et D.-H. Paterson présentent à Parkes-Weber un cas analogue — dont le diagnostic fut d'ailleurs fait par un médecin américain, de passage à Londres.

A la même époque, Feer (de Zurich), décrivait, à la réunion des pédiâtres helvétiques à Berne, le 25 juin 1922, un tableau pathologique « inconnu ». Feer y donne une description minutieuse de l'acrodynie. Son premier cas remontait à 1911. Le pre-

mier, il donne à ce tableau morbide le nom de « névrose du système nerveux végétatif ».

En France, il semble que le premier cas fut observé en Meurthe-et-Moselle pendant l'été 1914, par le Professeur P. Haushalter. Ce cas fut publié avec d'autres observations, dans la *Revue Neurologique*, en 1925, sous le titre : « Un syndrome particulier constitué chez l'enfant par des altérations psychiques et par des troubles neuro-végétatifs », article ayant servi de base à la thèse de Hochstetter.

Le premier cas publié en France le fut par M. Robert Debré et Mlle Pétot. En 1926, MM. Janet et Dayras publient une observation d'acrodynie à la Société de Pédiatrie de Paris (6 juillet 1926). En octobre 1926, MM. Péhu et Ardisson publient plusieurs observations. La même année, M. Beutter publie deux cas d'acrodynie observés dans la région stéphanoise.

Depuis lors, cette maladie nouvelle a suscité un grand nombre de travaux dans beaucoup de langues : française, allemande, anglaise, italienne, roumaine, espagnole, serbo-croate.

Actuellement, elle semble subir une extension réelle. Beaucoup de contrées françaises sont atteintes : en particulier les régions bordelaise (Rocaz), chalonnaise (MM. Péhu et Ardisson), forézienne (M. Beutter), dauphinoise (M. Lamy), montpelliéraine (MM. Leenhardt et Boucomont), avignonnaise (M. Barré), mancelle (M. Langevin), etc., etc.

A l'étranger, elle est très répandue. En Europe, on la rencontre en Suisse (M. Feer et ses élèves), en Alle-

magne (M. Selter et autres auteurs), en Angleterre, aux Pays-Bas, en Pologne, en Italie, en Espagne, etc.

Les Amériques n'en sont pas indemnes. Une publication récente est due à MM. Pardo-Castella et Ibarre Pérez (de Cuba) : elle concerne une acrodynie qu'ils dénomment ainsi : érythrœdème observée chez une fillette de quatre ans, de race nègre (*Archivos de Medicina Infantil*, ano IV, n° 1, 1935).

Cette affection a suscité de nombreuses publications, et environ 50 thèses en diverses langues ont été publiées sur elle. Elle a inspiré d'innombrables articles. C'est pourquoi nous ne voulons pas faire un historique complet de la question. Cet historique, la bibliographie et l'étude clinique de cette affection ont été faites de façon remarquable par M. Rocaz, dans sa Monographie, parue en 1932 : l'Acrodynie. Elle fut complétée dans les thèses récentes de Hanaut (Paris 1937) et Jacques Bourée (Paris 1939), enfin dans la Monographie récente de Glanzmann.

★★

Or, dans son travail sur l'acrodynie, paru, nous le répétons, en 1932, M. Rocaz ne signale pas les récidives au cours de l'acrodynie. Le fait est très excusable, puisque la première récidive d'acrodynie fut observée en 1931 et publiée en 1932 par MM. Debré et Cléret (1).

Depuis, un certain nombre de récidives d'acrodynie fut observé. En 1934, MM. Weill-Hallé et Klotz en publient un cas à la Société de Pédiâtrie; puis MM. Rocaz et Dubourg signalent un cas de récidive survenu trois ans après la première atteinte. Walter

Ring en publie un nouveau cas dans sa thèse de Tübingen (1935). En 1934, M. Péhu en observe de même un cas, M. Boucomont en publie un cas dans la thèse de Mme Cavereyre-Ribeyre (Montpellier 1935). M. Dupont en relate deux cas dans sa thèse « l'Acrodynie dans la région de Rennes » (Paris 1935), Mme Proskouriakoff en signale un cas dans sa thèse (Lyon 1935). Puis ce sont les trois observations de M. Boisserie-Lacroix et de ses collaborateurs, dont l'une est d'ailleurs contestable, comme nous le verrons plus loin.

Dans sa Monographie, écrite en langue allemande, et qui fut éditée en 1938, Glanzmann en publie deux observations.

La même année, M. Péhu en observe un nouveau cas.

En 1939, M. Rocaz publie une très belle observation de double récurrence d'acrodynie.

En novembre 1939, MM. Audéoud et Boissonnas, de l'Hôpital Gourgas (de Genève) relatent un cas de récurrence incontestable.

★★

Les événements actuels nous ont obligé à arrêter là nos recherches et nos investigations. Nous avons pu toutefois correspondre avec un certain nombre de médecins. Le Docteur Beutter nous dit avoir observé un certain nombre de récurrences d'acrodynie et il a bien voulu nous les communiquer. Le Docteur Ardisson, nous a aimablement communiqué un certain nombre de cas relevés par lui dans la région chalonnaise.

Notre enquête à l'étranger fut obligatoirement restreinte. Le Professeur Fornara, médecin de l'Hôpital Maggiore à Novare (Italie) nous apprend qu'aucun cas de récurrence d'acrodynie n'a été observé ni dans le Piémont, ni en Lombardie. Lui-même aurait connu une trentaine de cas d'acrodynie, mais jamais de récurrence.

Le Professeur Feer (de Zurich) n'aurait observé qu'une ou deux récurrences d'acrodynie.

Enfin, le Docteur Audéoud (de Genève) n'a vu qu'un cas de récurrence, qui fut publié dans la *Revue Médicale de la Suisse romande* (novembre 1939), elle figurera dans ce travail.

Il nous manque malheureusement un certain nombre d'observations, que nous n'avons pu obtenir; en particulier une observation de double récurrence de Mme Marie Martino, une observation de MM. Rocaz et Dubourg, et une de MM. Gadrat et Pétel, de Toulouse (récurrence après onze mois).

Actuellement, ces récurrences sont bien individualisées. Les thèses et les communications récentes les mentionnent. Elles semblent toutefois assez rares. M. Feer, dans une publication parue en 1935 (*Sonderabdruck aus der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift*, 65, Jahrgang 1935, n° 41, Seite 977. — Die spezifische vegetative Neuropathie des Kleinkindes, (kindliche Akrodynie), écrivait déjà : « Les rechutes après plusieurs semaines ne sont pas rares; par contre, les récurrences après plusieurs années sont rares ».

Max Frantz, de Lausanne dans sa thèse (1934), signale également, leur rareté, et cite MM. Debré et Cléret.

M. Jacques Bourée dans une thèse récente (Paris 1938), écrit : « Les récidives de l'acrodynie sont bien individualisées. Il existe un intervalle absolument sain de plusieurs années ».

Malgré leur rareté, nous avons pu rassembler 27 observations de récidives d'acrodynie. Certaines sont très complètes; d'autres sont très résumées.

CHAPITRE II

DISTINCTION ENTRE LES TERMES RECHUTE ET RECIDIVE

Comme nous l'avons déjà dit, l'acrodynie infantile est bien connue dans ses principales manifestations symptomatiques et dans son évolution clinique. Mais des documents anciens et récents sur lesquels on peut s'appuyer fermement, il ressort qu'elle est apparue il y a quarante ou cinquante ans. Elle offre donc cette particularité d'une nouvelle venue en nosologie. Elle appartient au groupe de ces affections nerveuses — telles, les encéphalites primaires ou secondaires — qui, inconnues ou très rarement observées naguère encore, sont actuellement répandues de telle façon qu'il faut vraiment compter avec elles. Indépendamment de ses manifestations multiples, polymorphes, l'acrodynie a cette particularité qu'elle frappe presque exclusivement l'enfance à une période déterminée de la vie : de six mois à quatre ou cinq ans environ. De temps à autre, on la constate de sept à quinze ans, et même dans l'adolescence. Mais, ce sont là cas peu fréquents. De plus, sauf quelques exceptions, l'adulte n'est pas atteint par elle. Il est permis de supposer qu'elle représente une maladie frappant, suivant

un mode électif, les sujets jeunes, à une période où le système nerveux, et particulièrement son secteur neuro-végétatif, est en pleine évolution anatomique et fonctionnelle.

Car, des recherches entreprises dans ces dernières années, il ressort que le siège et le théâtre de l'acrodynie infantile sont le système nerveux végétatif dans son ensemble. C'est une atteinte de l'holo-sympathique. En vérité, dans cette maladie, tout se passe comme si le système neuro-végétatif était atteint par une affection dont nos méthodes actuelles d'investigation ne peuvent pas déterminer la nature exacte. Elle n'épargne vraiment aucun territoire du système neuro-végétatif.

Comment évolue donc cette maladie singulière, s'attachant à un si vaste système ? « Le plus souvent, elle guérit sans laisser de trace. Il est curieux de constater le retour intégral des fonctions motrices profondément troublées auparavant » (Dr Péhu).

La durée de l'acrodynie est extrêmement variable, et la guérison est souvent difficile à apprécier. Son début insidieux, est également un obstacle à l'appréciation de sa durée. De toute façon, elle est longue, et s'étend sur plusieurs mois.

Dans une thèse récente (Paris, 1938), Mme Eglé Stopen a tracé un sombre tableau de l'évolution de l'acrodynie infantile. Cet auteur estime que la durée de la maladie est très longue : un an et plus. Appuyant son argumentation sur des observations cliniques, Mme Eglé Stopen cite 14 observations (sur 20) ayant évolué entre 12 mois et 47 mois.

En réalité, M. Rocaz estime que la durée moyenne de l'acrodynie est de 4 à 7 mois; pour M. Debré et Servel de Cosmi, elle est de 5 à 6 mois; pour M. Péhu, elle est d'un semestre; pour M. Lereboullet, 4 à 5 mois; pour Hanaut, 6 mois à un an; pour Selter, quelques semaines à quelques mois; pour Crawford, 6 semaines à un an; pour Wood, 7 mois environ; pour Foerster, 2 à 7 mois.

Quant aux cas à évolution longue, ils sont rares : M. Rocaz cite un cas d'acrodynie ayant duré 18 mois; Debré et Servel de Cosmi, un cas ayant évolué durant plus d'un an; Hanaut, un cas ayant évolué durant plus de 20 mois, etc.

**

L'évolution de l'affection est essentiellement irrégulière, paroxystique. Son début est insidieux et constitue la phase incertaine. Cette période dure environ quatre à six semaines; elle est constituée, avant tout, par des troubles neuro-psychiques.

Ces troubles neuro-psychiques vont en s'accroissant dans la deuxième phase, jusqu'à l'apparition du syndrome acro-pathologique, puis apparaissent des symptômes plus ou moins nombreux, plus ou moins intenses. Nous ne voulons pas insister sur la symptomatologie si riche de l'acrodynie. Il faut par contre insister sur la fréquence des poussées évolutives, consistant en l'exagération de certains signes seulement, cutanés, psychiques, ou autres.

Ces poussées sont fréquentes, et constituent l'« acrodynie paroxystique » de Bazy. Dans ces cas, les

troubles circulatoires sont constants. La tachycardie est permanente. De même, la pression artérielle est constamment accrue. Lorsqu'il s'agit de formes atténuées, ou estompées, la constatation de l'hypertension artérielle et de la tachycardie constituent un élément de diagnostic positif de la plus haute importance.

Ces poussées évolutives sont suivies de rémissions, faisant parfois croire à une guérison. Mais presque toujours persistent les signes circulatoires.

De même, on peut observer une rémission des troubles psychiques. Toutefois, à partir de quel moment peut-on parler de guérison ? La guérison spontanée est la règle, mais dans un temps variable. Il est prudent de n'admettre cette guérison qu'après la disparition de tous les symptômes acrodyniques, notamment après la disparition de l'altération de l'état général (reprise du poids et de l'appétit), des troubles du caractère (le retour à la gaieté est un signe excellent), et tout particulièrement de l'hypertension artérielle et de la tachycardie. C'est là un fait important.

★★

En effet, l'acrodynie peut présenter des rechutes : alors qu'elle semble grandement améliorée et qu'on espère une guérison prochaine, les manifestations morbides recommencent. Néanmoins, dans cette éventualité, les symptômes de l'affection ont été, dans l'intervalle, seulement *atténués* : le retour complet à l'état de santé ne s'est pas produit.

Or, les rechutes sont extrêmement fréquentes dans l'acrodynie. Cette affection du jeune âge évolue d'une façon particulièrement irrégulière, capricieuse. Les rémissions peuvent être très courtes, et durer quelques heures, ou être très longues, et durer plusieurs jours, même plusieurs semaines. Nous laisserons évidemment de côté les cas de rémission de courte durée, durant quelques heures, ou quelques jours, qui sont la règle dans l'acrodynie.

Mais il existe des rechutes dans lesquelles les épisodes pathologiques sont séparés par un temps assez long, durant lequel le sujet récupère ou semble récupérer un état de santé *quasi* normal. Ces rechutes, sont assez fréquentes. Et l'on connaît le rôle des maladies intercurrentes dans l'évolution de l'acrodynie. Très souvent, les signes cutanés ou nerveux disparaissent à l'occasion d'une affection aiguë intercurrente. « Tout se passe comme dans les cas bien connus d'un eczéma qui semble guérir sous l'influence d'une rougeole, reparaît ensuite, ou d'une coqueluche dont les quintes disparaissent lors d'une broncho-pneumonie et reviennent à son déclin » (Boissier-Lacroix).

Une observation de MM. Janet et Dayras (Société de Pédiatrie de Paris, octobre 1928), citée par Rocaz, est caractéristique. Chez ce malade, survint une coqueluche sérieuse, provoquant jusqu'à 35 quintes de toux par jour. Ces auteurs ont noté qu'à mesure que les quintes de toux de la coqueluche devenaient plus fréquentes, les crises d'excitation nerveuses de l'acrodynie devenaient plus rares; si bien que, pendant

quelques semaines, le malade semblait presque guéri. Mais la disparition des quintes ramena le retour des accidents nerveux et, lorsque le nombre des quintes fut redescendu à une douzaine par jour, le tableau des accidents nerveux des premiers jours se trouva intégralement reconstitué.

L'observation de MM. Leenhardt, Reverdy et Balmes (Société des Sciences Médicales de Montpellier, 7 décembre 1928), que cite aussi M. Rocaz, est également typique. Elle concerne un enfant de trois ans et demi, dont l'acrodynie débute en janvier, est à son maximum fin juin, et commence à décroître, lorsqu'en août, survient une coqueluche : brusquement tous les phénomènes acrodyniques s'améliorent au point qu'on peut parler de guérison. Mais, au déclin de la coqueluche, on note une rechute typique d'assez courte durée.

Deuber (*Schweitz. Med. Woch.*, 26 mai 1928) cite également trois observations de « récidives » d'acrodynie survenues après catarrhe grippal. Ces récidives sont survenues trois mois, deux mois et un mois après la première atteinte. *Dans ces trois observations, il s'agit incontestablement de rechutes et non de récidives.*

Les rechutes de l'acrodynie peuvent être observées en dehors de toute affection intercurrente. Après une guérison apparente de quelques semaines, les signes de la série acrodynique peuvent réapparaître. MM. Boisserie-Lacroix et Laval ont publié à la Société de Médecine infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest, une observation de rechute après deux mois.

La première atteinte acrodynique fut longue, traînante; elle dura plus de dix mois. Le syndrome psycho-acro-pathologique fut très marqué. « En novembre 1936, écrivent MM. Boissérie-Lacroix et Lavial, l'enfant ne présente plus que quelques accès de mauvaise humeur avec des crises de colère. Son état général est excellent; il mange et dort bien et a repris du poids. Cette guérison apparente dure deux mois. Le malade présente alors de nouveau tous les signes de la série acrodynique décrits plus haut ».

★★

/ Comment alors différencier les rechutes et les récidives ? A quel moment a-t-on le droit de parler de récidives ?

Il nous semble qu'il faut deux conditions ; et ces deux conditions sont essentielles.

La première condition est la suivante : *entre la première et la deuxième poussée doit exister nécessairement une guérison véritable de l'acrodynie.* Comme nous l'avons déjà dit, cette guérison ne doit être admise qu'après la disparition complète de tous les symptômes acrodyniques — et en particulier après la disparition des signes cardio-vasculaires (tachycardie et augmentation de la pression sanguine).

Malgré ces conditions, la guérison vraie de l'acrodynie est toujours difficile à apprécier. S'il n'y a pas de test certain de guérison, il existe incontestablement des signes de probabilité.

Deuxième condition essentielle : il doit s'écouler un certain temps entre la première et la seconde

atteinte. Mme Eglé Stopen, dans sa thèse, estime que les récidives ne doivent apparaître qu'après une guérison clinique de plus d'un an.

MM. Péhu et Boucomont admettent que cet intervalle libre doit être de six mois au minimum. Le professeur Piero Fornara (de Novarre) est du même avis; dans une lettre personnelle, il admet qu'on ne « peut parler de véritables récidives que lorsqu'il existe un intervalle sain d'au moins six mois entre la première et la deuxième atteinte ». MM. Gadrat et Pétel, dans une communication récente à la Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse (17 novembre 1938) admettent également un intervalle d'au moins six mois et le retour intégral à la santé.

Telles sont les deux conditions indispensables pour que l'on puisse parler de « récidives » : intervalle de six mois au moins entre les deux atteintes, — intervalle libre, de guérison vraie.

Peu importe d'ailleurs le comportement de la deuxième atteinte. Il peut n'y avoir aucun rapport direct de symptomatologie, ou de durée, entre les différentes atteintes. Les intervalles peuvent être très longs. Dans nos observations, il varie de six mois à onze ans.

Nous verrons même qu'il peut exister plusieurs récidives, toutes séparées par un intervalle sain de plusieurs mois.

En somme : *la rechute n'est qu'une accalmie dans l'évolution de l'acrodynie. Néanmoins, dans cette éventualité, les symptômes de l'affection ont été, dans l'intervalle, seulement atténués; le retour complet à l'état*

de santé ne s'est pas produit. « Il faut dénommer récidives les cas dans lesquels le retour à la santé s'est intégralement réalisé : par conséquent où, après un intervalle libre de six mois, au minimum, l'acrodynie s'est montrée à nouveau, avec ses manifestations caractéristiques » (MM. Péhu et Boucomont).

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nous publions 27 observations de récides d'acrodynie. Certaines sont très complètes; nous avons résumé la plupart d'entre elles pour ne pas surcharger ce travail; plusieurs d'entre elles enfin sont un peu écourtées parce que les auteurs les relatent brièvement.

OBSERVATION 1

MEYER ZU HÖRSTE (G.), 1930. — Ein Eigenartiger Verlauf der Feerschen Krankheit : Rückfall oder Neuerkrankung ? in *Klinische Wochenschrift*, n° 1, 3 januar. 1931, p. 28-29.

Clinique de Münster i. W.

L'auteur a eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'acrodynie. Mais parmi ces petits malades, l'un deux eut, au bout de 4 ans, une récide de la maladie, alors que, à sa sortie de l'hôpital, il avait été complètement guéri. A la connaissance de l'auteur, cette éventualité n'a pas encore été décrite.

Premier séjour : 6 juin 1926.

H... P..., 2 ans et demi, a, 14 jours avant l'admission à l'hôpital, présenté les signes suivants : fatigue générale,

faiblesse musculaire, anorexie, transpirations permanentes, catarrhe intestinal, rubea miliaire sur tout le corps à l'exception du visage, desquamation, cyanose des mains et des pieds, rougeur de la cornée, coryza, sialorrhée, sensation de soif. Pouls : 160. T. A. 115/85 mm Hgr. Muqueuse buccale sans particularité. Réflexe rotulien obtenu difficilement, phénomène péronier présent.

Le 7 juillet 1926, déjà l'état s'est amélioré : le 30 juin 1926, l'enfant ne souffre plus. T. A. : 95/55 mm Hgr. Pouls : 112 à la minute. Phénomène péronier : absent (anstösbar). L'enfant est renvoyé parce que guéri. Le 18 mars 1927, en dehors du phénomène facial et péronier, l'examen est négatif.

Deuxième séjour : 1^{er} juillet 1930.

La mère ramène l'enfant parce que, depuis trois semaines, se montre à nouveau de la fatigue générale et que l'enfant ne veut pas jouer. Dans les 8 jours qui ont précédé son admission à l'hôpital, se montre exactement le même syndrome que lors de la première atteinte (1926). En avril 1929, l'enfant avait contracté la rougeole et ultérieurement la diphtérie.

Constatations : 1^{er} juillet 1936. L'enfant accuse des douleurs dans les deux plantes du pied. Attitude pleurarde. Dans le lit, il se tient les genoux fléchis et appuyés sur les mains, il a des sueurs abondantes et souvent des frissons. La peau du dos et des membres est couverte d'éruption miliaire sudorale. La paume des mains et la plante des pieds sont cyanosées, moites et froides. Pieds et mains desquament fortement. Hypotonie générale accentuée. Sensation de soif. Pouls 140 à la minute. T. A. : 132/80 mm. Hgr. Réflexe patellaire et achilléen abolis des deux côtés.

Le phénomène du péroné : absent. Phénomène du facial : présent. Secousses fibrillaires dans la cuisse. Température : sub-fébrile.

Recherche des réactions électriques : KSZ : 1,8. M.A. ASZ A,5 — M.A. A.O.Z. : 2,2 — M.A. K.O.Z. : 4,9.

Recherche de la sensibilité : rien à retenir.

Ultérieurement, disparition lente des douleurs, de l'exanthème et des transpirations.

Le 10 août, nouvelle atteinte avec ascension thermique, sueurs et réapparition de l'exanthème.

Actinothérapie et lavages permettant d'obtenir une amélioration lente.

Le 2 septembre, réapparition des réflexes tendineux et achilléens des deux côtés. T. A. 98/65 mm. Hgr. Pouls 100. Acrocyanose disparaît. Pieds et mains sont maintenant chauds, ne sont plus morts. L'enfant joue volontiers avec les autres enfants.

Le 7 septembre, il peut être considéré comme guéri et il rentre chez lui.

L'auteur dit que, dans l'acrodynie, des récidives n'ont pas encore été signalées. Donc, en considérant le cas cité par lui, il pense que l'acrodynie n'ayant pas créé un état d'immunité, il s'agit d'une nouvelle maladie.

L'intérêt de l'observation de Meyer zu Horste est dû au fait que chez un enfant de deux ans et demi s'est déroulé en trois mois environ une acrodynie de moyenne intensité. Une guérison complète a été constatée, puis 4 ans après réapparition des symptômes qui se sont, cette fois, déroulés pendant trois mois environ, avec une intensité moyenne.

OBSERVATION 2 (Dr ARDISSON)

La... Christiane, née le 4 avril 1926, vue en mai 1928. Forme sévère, avec tous les symptômes cardinaux particulièrement manifestes chez cette enfant (hérédospécificité probable).

A peine améliorée en septembre 1928. Montrée à ce moment à M. le Docteur Péhu. Guérie après 3 ou 4 mois.

Revue en juin 1930. Montrée à M. le Docteur Péhu en juin 1930; présentait une *récidive* typique.

Subit, après cette consultation, une série de R. U. V. pendant près de deux mois (les irradiations étaient faites à des dates régulières, mais de façon approximative par un confrère non spécialisé et mal outillé).

Est guérie depuis, mais, en mars 1934, restait malin-gre. Paraît normale en août 1939.

OBSERVATION 3.

Robert DEBRÉ et CLÉRET. — Société de Pédiatrie, 24 mai 1932. — *Acrodynie infantile à forme mutilante. Récidive d'acrodynie après sept années d'intervalle. Séquelles psychiques et vaso-motrices.*

Les observations des formes habituelles d'acrodynie sont aujourd'hui assez communes pour qu'il soit inutile de les relever. Il n'en est pas de même des cas particuliers qui apportent des éléments nouveaux à l'étude de cette intéressante entité morbide. L'observation suivante présente plusieurs caractères dignes d'être retenus.

B... Raymonde, actuellement âgée de onze ans et demi, a été adressée à l'hôpital de Montluçon le 5 novembre 1930, par notre confrère, le Dr Renon. Cette enfant se plaignait, depuis août 1930, de douleurs assez violentes dans les membres inférieurs. Ces douleurs sont localisées au niveau des genoux; elles sont permanentes, avec quelques exacerbations et sont accompagnées d'insomnie et d'inappétence. Cette association de troubles morbides rappelait aux parents, non sans provoquer leur inquiétude, le début d'un épisode pathologique très sérieux, sur-

venu sept ans auparavant, lorsque l'enfant était âgée de trois ans.

Nous avons appris, en effet, que, née à terme le 1^{er} mai 1920, élevée au sein pendant six mois, puis à l'allaitement mixte, ayant présenté ses premières dents à neuf mois et fait ses premiers pas vers quatorze mois, Raymonde avait grandi normalement et était restée bien portante jusqu'à l'âge de trois ans.

A cet âge, au printemps de l'année 1923, elle a ressenti des douleurs très vives dans les membres inférieurs, aux deux genoux en particulier, douleurs telles qu'elles rendaient la marche impossible. L'enfant fut obligée de garder le lit pendant environ trois mois; alors elle put se lever de temps à autre, mais la station debout était encore pénible, souvent difficile : les jambes fléchissaient et entraînaient des chutes. L'enfant ne dormait pas. L'insomnie complète a duré plusieurs mois, avec agitation continue, geignements ininterrompus, mais sans changement notable de caractère, sans trouble de l'affectivité. L'enfant prenait une attitude très particulière, restant blottie sous les couvertures, les genoux en l'air, la tête entre les genoux.

Lors de crises douloureuses plus violentes, elle arrachait ses cheveux à pleines mains. Souvent, elle se plaignait d'être lasse, fatiguée. L'anorexie était complète, l'enfant n'éprouvait ni soif, ni faim, elle ne mangeait presque pas, sa maigreur augmentait chaque jour. La température n'a pas été prise; d'après les parents, il ne paraît pas y avoir eu de fièvre. Les urines n'ont pas été examinées.

Dès les premières semaines de la maladie, les mains étaient insensibles au toucher, avec une température locale normale, elles étaient rouges dans leur ensemble jusqu'à l'articulation du poignet, les doigts étant très enflés.

Un prurit intense obligeait l'enfant à se gratter et même à demander l'aide de sa mère pour cette opération. Peu à peu, dans la paume des mains, furent remarquées par l'entourage « des plaques contenant de l'eau », plaques qui sont devenues très rouges, puis violettes, puis noires, et, en quelques jours, ont séché sans intervention, sans écoulement de liquide, sans desquamation et sans cicatrice.

Les pieds, également très prurigineux, avaient gardé leur coloration normale, mais, comme les mains, étaient insensibles au toucher.

Pas de sueurs, pas de tremblements, pas de convulsions, pas de crampes ni de tressaillements musculaires.

Au bout de deux mois et demi à trois mois environ après le début de la maladie, survint un accident nouveau. L'enfant mettait sans cesse une main, presque tout le poing dans sa bouche, paraissant souffrir de ses dents qu'elle faisait grincer sans arrêt. Ce symptôme précéda la chute des dents qui survint vers Pâques 1923, donc environ trois mois après le début de la maladie.

Tout d'abord, ce sont les quatre incisives inférieures, qui tombent à la fois, après que des grincements de dents plus violents les eurent ébranlées. Puis les autres dents inférieures tombèrent à leur tour, mais entraînant cette fois avec elles une partie de l'os maxillaire. C'est ainsi que l'élimination des dents inférieures s'est produite dans l'intervalle de trois à quatre jours, avec une surprenante rapidité, comme on le voit.

L'élimination des dents, des séquestres maxillaires, s'est faite sans la moindre suppuration.

La cicatrisation des gencives a été très rapide, puis le sommeil est revenu, l'agitation a disparu; tous les troubles indiqués précédemment (douleur, prurit, etc...) ont progressivement diminué pour disparaître complètement. L'alimentation a pu être reprise peu à peu.

On nota pendant six à sept mois quelques changements brusques du caractère, l'enfant étant tantôt très gai, tantôt un peu coléreuse.

Puis tout rentra dans l'ordre. Il faut noter seulement une varicelle bénigne, il y a quelques années. L'enfant a fréquenté l'école à partir de l'âge de quatre ans, mais n'a pas été et n'est pas encore très attentive. Puis, vers la fin de l'année 1930, voici que réapparaissent des symptômes qui rappellent singulièrement ceux du début de la maladie : des douleurs dans les membres et surtout une insomnie tenace.

A l'insomnie complète de jour et de nuit s'associent l'anorexie, la perte rapide et accentuée du poids et des troubles psychopathiques qui se traduisent, lors des crises douloureuses, par une attitude singulière : l'enfant mord le bois de son lit. A ce moment, le Dr Renon prend la tension artérielle et constate les chiffres suivants : aux membres inférieurs 17/13; au bras droit, 14 1/10; au bras gauche, 13 1/11.

Pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital de Montluçon (du 5 novembre 1930 au 4 avril 1931), nous n'avons rien noté de spécial; pas de température; pas de sucre, pas d'albumine dans les urines. La TA est redevenue à peu près normale (11/8). Le cœur est calme, régulier. Pas de tachycardie (pouls à 64). Il n'y a pas de cyanose, pas de gonflement des extrémités, pas de prurit, aucun signe acropathologique. Les douleurs dans les membres ont disparu rapidement.

Actuellement, l'enfant se présente comme suit : sa taille est de 1 m. 30; son poids est de 25 kgs 300. La réaction de BW est négative. La cuti-réaction à la tuberculine également.

A l'histoire de ma petite malade, nous devons joindre, avant d'examiner son état actuel, des renseignements sur son hérédité.

Notre malade est l'aînée de 5 enfants. Elle a trois sœurs de 10, 4 et 3 ans, un frère de 8 ans, tous venus à terme, élevés au début au sein, puis à l'allaitement mixte. Ils sont tous bien portants. La mère, âgée de 39 ans, présente un goitre assez volumineux, qui paraît dépendre du lobe médian et qu'elle dit avoir depuis son enfance. Une tante a également un goitre. Elle ne présente pas de troubles nerveux, ni circulatoires. Pouls : 68. TA : 15/11. Elle se plaint d'un peu de gêne respiratoire, ne tousse pas, ne crache pas. L'examen radioscopique du thorax est pratiquement négatif. La réaction de BW dans le sang est complètement négative. Les accouchements ont été normaux; un avortement de trois mois entre le premier et le deuxième enfant. Père âgé de 54 ans, cordonnier. A fait son service militaire en Afrique. Ne présente pas de signes de syphilis. A eu une blennorrhagie bien soignée et guérie assez vite. Pas de paludisme. A été opéré, en 1907, d'appendicite, à l'hôpital Saint-Antoine. Il a présenté, durant la convalescence, une pleurésie purulente droite, qui a déterminé, trois mois après sa sortie de l'hôpital, une vomique abondante, précédée de quelques crachements de sang, mélangés à du pus de mauvaise odeur. La convalescence a été assez pénible pendant un an. A eu, il y a trois ou quatre ans, quelques crachements de sang. L'examen des crachats pratiqué alors n'a pas révélé de B.K. Actuellement, taille 1 m. 62; poids 60 kgs. TA : 17/11. Pouls : 78. Pityriasis rosé étendu.

L'examen radioscopique a permis de noter : bronchite et emphysème pulmonaire bi-latéral, surtout droit. Sclérose bronchique. Grandes espaces inter-costaux. Ganglions hilaires et arborisations bronchiques pour lesquels il est pensionné à 25 %. Les crachats ont été examinés ces jours-ci, l'examen n'a pas montré de BK (examen direct et après homogénéisation). La réaction de BW dans le sang est positive sur sérum chauffé et négative avec sérum non chauffé.

Etat actuel. — L'enfant se présente actuellement avec l'aspect général d'une enfant normale de son âge (12 ans), mais frappe immédiatement par l'aspect que lui donne les séquelles graves des troubles trophiques : sa mâchoire inférieure est tout à fait réduite de volume et a l'aspect des mâchoires atrophiées des vieillards privés de leurs dents.

Un second fait est frappant, c'est la coloration des mains et des poignets d'une part, des pieds de l'autre, leur teinte est violet foncé, leur température peu modifiée à vrai dire. Il nous est signalé que ces extrémités sont le siège de sueurs abondantes.

L'enfant, nous l'avons dit, est par ailleurs normale. Cependant, son état psychique laisse à désirer : elle ne peut, contrairement à ses frères et sœurs cadets, s'instruire à l'école, elle n'a aucun goût pour le travail intellectuel et aucune capacité pour apprendre et encore moins retenir les rudiments de l'enseignement scolaire. Elle a mauvais caractère, est coléreuse; la vie en commun avec les autres enfants est difficile.

Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre. Il ne nous semble pas utile de discuter le diagnostic évident d'acrodynie que l'on peut, sans hésiter, porter rétrospectivement à propos des troubles morbides présentés par l'enfant en 1923.

Insomnie complète, douleurs diffuses, anorexie, troubles mentaux, postures pathologiques, sensations anormales, et en particulier prurit, phénomènes vaso-moteurs et trophiques au niveau des pieds et des mains, évolution apyrétique et prolongée de la maladie : tous les symptômes caractéristiques de l'acrodynie la plus typique, nous les retrouvons ici. Et nous constatons aussi, c'est le premier point particulier qui mérite de retenir notre attention, un trouble trophique très grave portant sur les dents supérieures et inférieures et sur la mâchoire supérieure.

Cette observation constitue, à ce titre, un exemple caractéristique de la forme mutilante de l'acrodynie infantile sur laquelle nous avons déjà attiré l'attention : Comme dans la plupart des observations de cet ordre, où la chute des dents a constitué un des phénomènes les plus frappants de l'acrodynie, il n'y eut ni stomatites, ni infections locales.

Un second point intéressant est la date de cette acrodynie : le printemps de l'année 1923. On sait que le premier cas d'acrodynie signalé en Europe est de l'année 1921; il s'agit de l'observation d'acrodynie mutilante, vue à Londres, par Parkes Weber; l'étude de la maladie par Feer, de Zürich, est basée sur des observations datant de 1921 et 1922. Enfin, la première observation française que nous avons signalée en 1924, avec Mlle Petot, à la Société de Pédiatrie, date précisément aussi de 1923. Il est permis de penser que cette enfant, aujourd'hui âgée de 12 ans, fut un des premiers cas d'acrodynie infantile survenus en France depuis l'éclosion ou la recrudescence actuelle de cette maladie, dont nous continuons à voir assez souvent des observations typiques.

Une troisième remarque s'applique à la récurrence présentée par cette enfant : Sept ans après la guérison de son acrodynie de 1923, cette enfant souffre à nouveau, présente une anorexie absolue, une insomnie complète, des douleurs très vives dans les membres, qui la font crier, et un état psychopathique particulier : elle mord les bois de son lit au cours des crises algiques. Les parents reconnaissent à juste titre les troubles qui ont marqué le début de la maladie antérieure et craignent une évolution aussi grave, lorsque, après quelques semaines, les phénomènes pathologiques cessent. Des rechutes survenant quelques semaines après la guérison apparente d'une acrodynie ont été maintes fois observés. A notre connaissance, ce cas est le premier où une récurrence de la maladie qui, pour ébauchée qu'elle ait été, nous paraît

indéniable, soit survenue sept ans après la première atteinte.

Enfin, le dernier point particulier à ce cas est le suivant : cette enfant nous paraît présenter des séquelles durables, sinon définitives. Sans doute, l'acrocyanose est une manifestation assez banale. Néanmoins, elle apparaît d'une façon généralement plus tardive que dans le cas présent et a un caractère moins permanent que chez notre petite malade; de plus, celle-ci présente un déficit intellectuel et des troubles du caractère qu'on a le droit de rattacher à son acrodynie. On sait que l'acrodynie guérit presque toujours sans séquelles. Rocaz a signalé la persistance durant deux ans de bizarrerie du caractère chez une de ses petites malades. Quelques rares faits du même ordre ont été signalés. Le caractère exceptionnel des troubles psycho-acropathologiques persistant après l'acrodynie mérite d'être signalé.

Nous devons donc retenir de ce cas, un des premiers sans doute d'acrodynie survenu en France (printemps 1923), l'importance des troubles trophiques (forme mutilante), l'existence d'une récurrence sept ans après la guérison, la persistance chronique de troubles psycho-acropathologiques.

OBSERVATION 4 (Dr PÉHU)

Laf... Jean, né le 7 décembre 1928, à Sonnay (Isère).

14 septembre 1932. — 14.200 grs (normale à cet âge : 16 kgs). Taille : 101 cm. 1/2.

Depuis deux mois, amaigrissement, avec inappétence.

Boit beaucoup (ni sucre, ni albumine).

Très maigre.

Dort très mal : sommeils agités, entrecoupés par des douleurs, surtout de 2 h. à 7 h. du matin.

Prurit accusé — asthénie — démarche normale.

Pouls rapide (l'agitation de l'enfant ne permet pas aujourd'hui de le compter exactement).

Pas de coloration rouge accentuée des extrémités.

29 mai 1934 : 16 k. 400.

Un mois après l'examen de septembre 1932 « s'est remonté ». La symptomatologie décrite ci-dessus, peu à peu, s'est atténuée.

Se portait bien.

Mais, il y a six semaines (1^{er} avril 1934), a commencé à présenter la même symptomatologie qu'en août et septembre 1932.

Prurit sur tout le corps, sans aucune éruption.

Inappétence, fatigue facile (ne quitte pas la chaise longue).

Sans cesse grognon, énervé, agité.

Teinte bistrée des phalanges, desquamation accentuée des mains avec petites vésicules d'hydroa.

Adénopathies multiples aux carrefours particulièrement aux aines.

Pouls : 132.

Tension artérielle : 13,5 (normale à cet âge : 10 ans et demi).

13 juillet 1934 :

Amélioration considérable, peut être considéré comme guéri.

Poids : 17 kgs 200 grs; taille : 112 cm.

Pouls : 84.

Tension artérielle : 9,5.

Persistance d'une adénopathie inguinale très prononcée bilatérale (gros pois).

Aucune transpiration; aucune éruption.

Ne desquame pas.

Dort bien; ne se plaint pas.

Donc récidive au bout de dix-huit mois.

OBSERVATION 5

(WEILL-HALLÉ et KLOTZ, *Sté de Pédiatrie*, 9 juill. 1934.)

Un cas d'acrodynie récidivante, étude du syndrome vaso-moteur.

De nombreuses observations publiées depuis la fin de la guerre ont fixé la symptomatologie et la nature de l'acrodynie. L'observation que nous avons l'honneur de relater ici nous a permis d'apporter une nouvelle contribution à l'étude de cette maladie.

Maurice P..., âgé de 13 ans et demi, entre aux Enfants Malades, salle Henri-Roger, le 24 février 1934, atteint d'une acrodynie typique.

Le début a été très insidieux. Dans le courant du mois de décembre, l'enfant a présenté un court épisode fébrile qui a été diagnostiqué grippe. Quelques jours après, sont apparus les oreillons. L'évolution de cette maladie a été simple, mais, au cours de la convalescence, vers le début du mois de janvier, l'enfant a commencé à se plaindre de douleurs au niveau des extrémités, de sudations extrêmement abondantes. Soigné d'abord chez lui, devant la persistance des signes pathologiques, il a été conduit à l'hôpital deux mois environ après le début de sa maladie.

A son entrée, l'acrodynie est évidente : en effet, les mains sont rouges violacées, légèrement œdématisées, mouillées par une hypersécrétion sudorale. Elles sont le siège de sensations douloureuses, de brûlures qui énervent l'enfant, lui font rechercher sans cesse le contact avec des objets froids. Il existe une abondante desquamation des paumes des mains.

Les pieds présentent un aspect analogue, mais plus atténué. Tout le corps est enfin le siège d'une hypersudation marquée : les draps sont constamment trempés

et doivent être changés plusieurs fois par jour. Il existe des sudamina généralisés.

Le psychisme est atteint : l'enfant est grognon, hostile à l'examen, indifférent à toutes les marques de sympathie qu'on lui prodigue. Il se plaint et crie violemment; la nuit, il ne dort pas et accepte difficilement de rester dans son lit. Il se plaint beaucoup de sensations de picotements siégeant au niveau du méat et qui provoquent de fréquentes, mais vaines envies d'uriner.

Complétant le tableau classique, on constate une tachycardie à 124, contrastant avec la température qui est à 37°2, d'autre part, une légère hypertension artérielle portant sur la minima : on trouve en effet 11/9 au Vaquez.

Il existe des manifestations oculaires remarquables : l'enfant présente des hémorragies sous-conjonctivales bilatérales et de légères hémorragies palpébrales qui cernent les yeux. Ces hémorragies, d'apparition toute récente, sont survenues spontanément, sans le moindre traumatisme. Enfin, les gencives sont tuméfiées et rouges; leur inflammation agace l'enfant qui se plaint de soif vive. Il a spontanément perdu deux dents avant son arrivée à l'hôpital. On retrouve les alvéoles encore béantes, ne présentant aucun signe d'infection. Les autres dents sont branlantes.

Par ailleurs, l'examen est absolument normal : rien à l'exploration des poumons, du cœur, du système nerveux. Les réflexes tendineux sont normaux, il n'y a pas d'hypotonie; la force musculaire est conservée. Notons seulement un tremblement généralisé. Il n'y a aucun trouble digestif. L'enfant est mis en observation pendant quelques jours. Le tableau clinique est identique. Cependant, l'évolution est entre-coupée par une légère infection pulmonaire qui fait monter la température à 40°4 et dure quelques jours.

Le 14 mars 1934, nous commençons à injecter chaque jour 0,10 d'acétylcholine au malade et nous continuons le gardénal qui avait été déjà prescrit.

Dès le troisième jour, l'amélioration est manifeste : elle porte surtout sur les manifestations fonctionnelles, les sensations douloureuses, moins sur l'érythroedème. Nous continuons l'acétylcholine pendant dix jours, l'amélioration s'accroît; cependant, l'œdème des mains persiste; d'autre part, le psychisme est encore atteint : l'enfant reste bien agité, il se livre à une masturbation effrénée. Enfin, quoique les gencives soient moins tuméfiées qu'auparavant, deux nouvelles dents sont encore tombées.

Le malade est alors soumis à des rayons ultra-violets, à raison de 3 séances par semaine. Les résultats sont excellents et l'évolution se fait progressivement vers la guérison.

L'enfant sort très amélioré le 15 avril. Il est revu le 6 juin en état de guérison complète : le syndrome des extrémités a complètement disparu, le psychisme est normal, le pouls est à 72, le poids a augmenté de 2 kgs. La durée totale de la maladie a été d'environ 5 mois.

En résumé, nous avons assisté à l'évolution d'une acrodynie typique, semblable aux nombreux cas qui ont été publiés ces dernières années et dont la symptomatologie a été parfaitement mise au point dans la monographie de Rocaz et dans la thèse de Servel de Cosmi. Il s'est agi d'une forme psycho-acropathologique, en outre mutilante, s'accompagnant, comme dans les observations de Robert Debré et Henri Cléret, d'Exchaquet, de perte de dents. Il nous paraît intéressant d'insister sur quelques points de cette observation :

1° Signalons l'âge de l'enfant. L'acrodynie atteint presque toujours des enfants très jeunes, ayant moins de sept ans. Il est exceptionnel de l'observer chez un enfant de 13 ans et demi.

2° Mais surtout, fait intéressant, il s'agit d'une acrodynie récidivante. En effet, en interrogeant la mère de notre malade, nous apprenons qu'en août 1923, cet enfant, à la suite d'un épisode fébrile de quelques jours, a présenté un tableau clinique tout à fait semblable à celui-ci que nous avons observé : même rougeur des extrémités avec œdème et desquamation, même hypersudation, mêmes troubles psychiques. Le diagnostic d'acrodynie n'a pas été porté et l'évolution s'est faite spontanément vers la guérison qui a eu lieu au bout de neuf mois.

Il est possible de poser avec certitude le diagnostic rétrospectif d'acrodynie, d'autant plus que l'enfant se trouvait à ce moment près d'Ussel, à proximité de la vallée de l'Isle, ou Rocaz, en 1924, a observé de nombreux cas d'acrodynie. *Les récidives d'acrodynie sont exceptionnelles.* Nous n'en avons retrouvé dans la littérature qu'un seul cas, celui de R. Debré et H. Cléret, survenu sept ans après une première atteinte.

OBSERVATION 6

(Dr ARDISSON)

M... Madeleine, née le 16 septembre 1930, vue le 10 juin 1931.

Forme normale, soignée normalement, guérie normalement, dans le délai approximatif de 5 mois, mais :

1° *Récidive* en septembre 1933, donc deux ans après guérison. L'acrodynie se reproduit avec tous ses symptômes cardinaux, toutefois sensiblement atténués. Guérison en mars 1934.

2° *Deuxième récidive* en décembre 1934, très légère, évolution en 6 semaines environ.

3° *Ebauche de récidive* en octobre 1935. Symptômes tellement estompés qu'il fallait une mère prévenue et connaissant la maladie pour s'apercevoir de quelque chose d'anormal. Guérison rapide.

Le 15 janvier 1937, belle fillette de 6 ans et demi, 112 centimètres, 18 kg. 300 nue, donc au-dessus de la moyenne. Revue depuis, reste superbe.

OBSERVATION 7

(Dr. ARDISSON)

R... Simone, née le 7 décembre 1928, vue le 20 juin 1932.

Forme normale, revue en octobre 1932, très améliorée après quatre mois.

Aurait, par la suite, fait de la colibacillose urinaire, dont elle ne conservait plus de trace en mars 1934.

Récidive de très courte durée, constatée le 2 mai 1934. Evolution rapide, puisque paraît guérie le 29 juin 1934.

OBSERVATION 8

(Dr. ARDISSON)

C. H. Simone, née le 2 juillet 1925, vue le 21 avril 1934.

Acrodynie fruste, a eu du prurit généralisé, un gros amaigrissement (fonte musculaire plus que disparition des masses adipeuses), apathie, mais pas somnolence vraie.

Pesée le 21 avril 1934 : 24 kg. 100 nue.

Le 18 mai 1934 : poids 24 kg. nue. Pouls à 114. Conserve les mains et les pieds moites et rouges. Paraît normale pour le reste, en tout cas très améliorée.

Le 15 juillet 1934. — Poids 22 kg. 300 nue (a eue les oreillons); pouls à 80, conserve les mains et les pieds moites et rouge, mais est très gaie, s'alimente, dort et joue normalement.

Le 4 avril 1935, ramenée à notre cabinet avec :
39°7.

Somnolence, presque léthargie.

Aucun signe méningé :

ne vomit pas,

pas de constipation,

mictions normales,

R: 21, pas de pauses respiratoires,

P : 82, pas d'intermittences,

pas de signes oculaires,

Réfl. T diminués.

La famille dit que l'enfant aurait été parfaitement guérie, et serait redevenue absolument normale.

Une « grippe » familiale, apparue vers le 15 mars 1935 et subie par toute la famille a amené très rapidement cet état d'apathie et de somnolence tel que l'enfant ne peut s'alimenter seule (elle a 10 ans), elle doit être nourrie à la cuiller.

N'a plus donné de nouvelles après le 15 mai 1935, date à laquelle l'état était très amélioré.

Il semble s'agir d'une encéphalite léthargique post grip-pale survenue très peu de temps après la guérison d'une acrodynie fruste.

OBSERVATION 9

(WALTER RING)

(Über die in der Kinderklinik beobachteten Fälle von Feers'cherkrankheit. — Thèse Tübingen 1935).

Cas 9 (1939).

Hilde E..., 3 ans.

Mère présentant une maladie nerveuse. L'enfant, déjà quelque peu agitée, devint plus agitée et plus nerveuse

en septembre 1928, après avoir mangé des raisins soufrés. Bientôt serait apparu un épaississement en fuseau des doigts et des orteils, précédé d'une éruption. Un examen aux rayons X ne montra aucune altération marquée des os. En avril apparut un abcès de la jambe.

Examen du 30 mai 1929. — L'enfant est d'une gracieuse constitution. Léger mongolisme. Muscles flasques. Les pieds peuvent être portés jusqu'aux oreilles. La marche est droite. Les mains et les pieds ont une coloration bleuâtre; ils sont froids et humides. Les paumes des mains et la plante des pieds sont recouvertes de petites vésicules de la dimension d'une lentille. Les jambes et le dessus des pieds portent des cicatrices chéloïdes bleuâtres. Les mains sont massives, les doigts épaissis. La peau du tronc est normale. Dermographie positive. Sensibilité au tact : normale. Adénites du cou et de la nuque. Pirquet : négatif. Urines : 0. Yeux : 0. Pression sanguine : 115. Pouls à 140; température à 36°. Réflexes patellaires + + +, réflexes rotuliens + +, réflexes cutanés abdominaux +. Babinski négatif.

3 juin 1929. — La nuit, peu de sommeil, peu de repos. De temps à autre, transpiration et salivation légères. Larmolement et lassitude. L'enfant réclame son lit.

9 juin. — L'enfant reçoit pendant quelques temps de l'atropine, qui est arrêtée pour insuccès. En effet, la salivation ne varie pas. De même, l'état des mains et des pieds reste inchangé.

14 juin. — TA : 100. Le pouls baisse progressivement. Comportement antérieur inchangé. L'enfant dort dans la matinée. Les jours suivants, il est plus éveillé; les nuits sont plus calmes.

22 juin. — L'atropine provoque de nouveaux échecs. La peau est moins rugueuse. La salivation, comme d'ailleurs la sudation des pieds et des mains, reste inchangée. Légère reprise de poids. L'enfant reçoit des bains de soleil. Amélioration de l'appétit et du sommeil.

Observation à la sortie le 24 juin.

L'agitation nocturne s'est légèrement améliorée, cependant l'hypersalivation persiste encore. Légère amélioration de l'état des pieds et des mains. La T. A. est encore haute; le pouls est à 108, la température à 37°1. L'atropine fut sans action.

Observation du 11 novembre 1931.

Après la sortie, la santé revint lentement; la nervosité persista. Il y a 14 jours, l'enfant revint dans le même état.

Résumé.

Les manifestations caractéristiques de la maladie de Feer sont les suivantes : sudation, coloration bleuâtre des paumes des mains et des plantes des pieds; troubles cutanés, faiblesse musculaire, larmolements, agitation, insomnie, mains et pieds froids et humides; pouls et TA augmentés; fatigue.

Il faut mentionner ici, en particulier, la récurrence, survenue deux ans après.

Traitement : Rayons solaires; atropine.

OBSERVATION 10

BOUCOMONT : *Observation de récurrence d'acrodynie.*

V... Jean (observation 3381).

Né le 10 novembre 1932. Parents bien portants. Ils ont eu : 1° un enfant mort après un accouchement très laborieux; 2° une fille bien portante; 3° Jean.

Né à terme. Allaitement au sein pendant 11 mois. Sevré à cause d'urticaire (?) chez la mère.

En novembre 1933, en même temps que la mère avait de l'urticaire, l'enfant commence une *acrodynie* : alimentation facile, insomnie. il crie pendant toute la nuit, mais

continue à marcher; photophobie avec écoulement paroxystique de larmes; les mains sont rouges, mais non les pieds, mais il n'a jamais présenté de desquamation des mains.

Le 1^{er} janvier 1934, l'enfant était presque guéri. Il n'a pas maigri pendant cette période. Pas de rayons ultra-violets. Bonne santé depuis lors.

Revu le 17 mars 1935. Ganglions cervicaux, sans fièvre. 10 jours après, otite gauche avec otorrhée, sans fièvre.

Le 12 avril : refuse de se lever, mais on le met sur ses jambes, et il s'amuse toute la journée.

Le 13 au soir : marche en traînant les pieds; il présente de la raideur et refuse de s'asseoir seul.

Les 14, 15, 16 : il est debout, marche, mais refuse de s'asseoir pour aller à la selle, et ne se baisse pas pour ramasser sa balle. Aucune fièvre, alimentation normale. Dort très mal depuis le 15. N'a pas vomi. Otorrhée persistante. Caractère facile. Se plaint de paresthésies (dit qu'il a les mains sales); pas de prurit, pas de photophobie.

Examen :

Bonne apparence. Otorrhée gauche, nombreux ganglions cervicaux hypertrophiés.

Bronchite bilatérale, pouls incomptable. Raideur des membres inférieurs, raideur de la colonne; pas de raideur de la nuque. Raie méningée abdominale. Réflexes rotuliens et achilléens très vifs à la percussion, même légère (avec le doigt); très vifs aux membres supérieurs. Pas de parésies.

Ponction lombaire :

Tension : 20; liquide limpide; cytologie : 0,9; sucre : 0,54; chlorure : 7,35; albumine : 0,60.

Examen otologique :

Perforation du tympan insuffisante. Réaction mastoïdienne discrète.

19 avril. — L'enfant se tient debout, mais oscille sur ses jambes. Il ne fléchit pas. Démarche spasmodique. Il peut se baisser un peu, mais refuse de s'accroupir. La colonne n'est pas douloureuse à la percussion, mais l'enfant hurle tellement qu'il est difficile de l'affirmer.

Radiographie de la colonne : normale.

Réflexes : tous vifs.

Pas de trouble cutané. Nuits agitées. Pas de fièvre.

20 avril 1935. — Capillaroscopie; acrodynie.

24 avril. — Se plaint de prurit du cuir chevelu, des pieds; douleur du poignet droit. Sudation profuse de la poitrine et des mains. Les paumes sont tigrées, rouges et chaudes; pieds légèrement moites, de coloration normale.

Température : 36°6. Pouls : 160. Otorrhée droite. Pas de douleur à la palpation de l'oreille.

Les mains seraient rouges depuis le 21 avril.

Réflexes normaux. Pupilles normales. L'enfant dort mieux et a très bon appétit.

Il s'agit certainement d'une récurrence d'acrodynie.

4 mai. — Depuis 4 jours, mains normales.

Marche volontiers, fait le tour de la chambre et du jardin, s'amuse, ne présente pas de raideur.

A suivi un traitement radiothérapique.

OBSERVATION 11

DUPONT : L'acrodynie dans la région de Rennes : *Thèse* 1935 Paris. — *Acrodynie récidivante* (Observation n° 38).

Pierre Th..., 4 ans, demeurant à Rennes, examiné le 8 mai 1932, a été pris, il y a environ deux mois, après une pneumonie classique, de troubles de la marche avec difficultés de plus en plus grandes à la station debout.

En même temps sont apparus des troubles du caractère. L'enfant cesse de jouer, refuse de voir ses camarades, il se tient accroupi, la tête sur les genoux pendant des heures. Puis sont apparues des sueurs profuses, de l'insomnie, de l'inappétence avec état saburral des voies digestives. Tachycardie à 130. Rien aux extrémités.

On porte le diagnostic d'acrodynie et on institue un traitement de 20 séances de rayons ultra-violets. Quinze jours après la fin du traitement, amélioration se traduisant par le retour du sommeil, la possibilité de la marche, une diminution de la nervosité. Puis l'enfant se remet à manger et reprend, au bout de deux mois, une existence normale.

Le 15 février 1933, un an après le début de la maladie, celle-ci se manifeste à nouveau, sans causes apparentes, avec les mêmes symptômes. Une deuxième série de rayons ultra-violets produit une amélioration rapide.

Le 1^{er} mai 1933, l'enfant est définitivement guéri.

OBSERVATION 12

Mme PROSKOURIAKOFF : *Thèse Lyon, 1935 : L'acrodynie dans le Dauphiné. — Récidive d'acrodynie.*

Extrêmement rares. Nous n'avons pu recueillir dans la littérature que deux cas :

1° Cas de MM. Weills-Hallé et Klotz : 1^{re} atteinte en 1923; 2° en 1934 (Société de Pédiatrie de Paris, juillet 1934).

2° Cas de MM. Debré et Cléret : acrodynie survenue sept ans après la première atteinte (Société de Pédiatrie de Paris, 22 mai 1932).

Enfin, notre observation 8 peut être classée parmi les cas récidivants. Un an d'intervalle.

Observation 8.

Pierre G..., âgé de 5 ans et demi.

Amené à la consultation le 22 juillet 1929, pour prurit et rougeurs avec éruption sur les mains.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Dans la première enfance, a eu du prurigo strophulus.

L'an dernier, dans l'été, a eu des plaques rouges très prurigineuses, avec bulles contenant du liquide clair; autour des ongles, des bulles contenant du pus.

Cette année, nouvelle poussée au début de l'été; les mains devinrent très rouges, prurigineuses; les bulles, de dimensions variables, apparaissent en même temps. La rougeur et les bulles siègent surtout le long des doigts dans les espaces interdigitaux. La rougeur et les bulles durent une semaine environ. La démangeaison persiste dans l'intervalle des poussées éruptives. Il y a, à la suite de l'éruption, une desquamation complète de l'épiderme.

Pas d'insomnie.

A l'examen :

L'enfant présente du coryza qui est apparu bien avant le début de l'affection actuelle. Pendant la consultation, l'enfant (qui dormait) se réveille brusquement et se gratte. Les mains sont encore un peu enflées, les doigts écartés, la paume et la face palmaire des doigts encore un peu rouges; l'enfant accuse encore des démangeaisons. Le prurit survient par crises.

Pas de troubles oculaires.

Réflexes rotuliens faibles ou nuls.

Réflexes achilléens existent.

Pas d'amyotrophie apparente.

Anorexie — mais habituelle.

Pas ou peu de changement de caractère.

Enfant toujours nerveux, mais, au moment des crises, dit : « Ah, mon Dieu, pourquoi ai-je cela ? », « Ah, mon Dieu, que je voudrais que ça me passe ! » et paraît très déprimé.

OBSERVATION 13

(DUPONT)

(L'acrodynie dans la région de Rennes : *Thèse* 1935)
Acrodynie récidivante.

(Observation N° 36)

Pierre L..., 2 ans et demi, de St-James, examiné le 18 juillet 1933. Pris le 20 mars, en pleine santé, douleurs d'oreilles, diarrhée. Broncho-pneumonie et pleurésie purulente. Puis, depuis un mois, signes d'acrodynie, mains bouffies avec desquamation, sueurs profuses, prurit, insomnie, inappétence, tachycardie à 150, perte des forces, marche à peu près impossible. Caractère hargneux, pas d'amaigrissement. L'enfant prend jusqu'à 3 ou 4 litres de lait par jour, mais ne mange pas ou peu.

Rayons ultra-violets (18 séances). 15 jours après la fin des rayons, amélioration et guérison progressive. Etat excellent par la suite.

Le 10 avril 1934 : l'enfant et les parents prennent la grippe vers le premier mars. Les parents guérissent; l'enfant aussi, mais 15 jours après le début tous les symptômes d'acrodynie réapparaissent, commençant par faiblesse des jambes, douleurs; l'enfant ne peut plus marcher.

Sueurs profuses, démangeaisons. Mains et pieds rouges et tuméfiés, très prurigineux. Pouls à 180. Insomnie presque complète.

L'enfant a guéri après une nouvelle série de rayons ultra-violets.

OBSERVATION 14

(Dr. BEUTTER, obs. 3)

C... Bernard, 2 ans.

Première atteinte : avril 1934.

Durée 6 mois. Forme classique. acecholine, ultra-violets.

Début de la deuxième atteinte très net en juin 1935. Durée inconnue, a été perdue de vue.

OBSERVATION 15

(BOISSERIE-LACROIX)

(*Pédiatrie*, déc. 1936 et *Soc. de Méd. inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, juin 1936)

Acrodynie récidivante : troisième récidive.

L'observation que j'ai l'honneur de vous présenter concerne un enfant de la campagne, qui me fut montré, pour la première fois le 3 janvier 1935 : il était alors âgé de 22 mois. Ses antécédents sont négatifs : enfant nourri normalement : marche tardive. Les premiers symptômes de l'acrodynie débutèrent fin novembre 1934. Lors de mon examen de janvier, la maladie était typique; les mains et les pieds étaient couverts d'œdèmes rouges, froids, suintants; sur tout le corps, on trouvait des placards rougeâtres d'aspect miliaire et très prurigineux. Insomnie. Irritabilité extrême. Anorexie et vomissements fréquents. Pouls à 165. Oligurie marquée. En opposition avec ce tableau clinique assez chargé, je trouve dans mes notes : absence de tout trouble dentaire; réflexes et motilité normaux. Je prescrivis à cet enfant des rayons ultra-violets, des comprimés de vitadon Byla, du gardénal, et,

suivant la technique que j'ai exposée ici même il y a quelques mois, des extraits hypophysaires.

En mars 1935, l'état est sensiblement identique, mais il s'améliore rapidement lorsque apparaissent les premières chaleurs : durant tout l'été l'enfant engraisse, dort, ne présente plus aucune lésion; ses parents le considèrent comme entièrement normal.

En décembre 1935, deuxième poussée; à nouveau, l'enfant maigrit, redevient nerveux, inquiet. Les mains recommencent à rougir et à suinter. Le corps se couvre de prurigo. Rayons ultra-violets, 20 séances. Cette rechute dure environ deux mois et disparaît progressivement. En mars 1936, le bébé est vraiment très bien : il mange, est gai, trotte et dort; en deux mois, son poids augmente de 600 grammes. L'érythrœdème a complètement disparu. Le seul signe pathologique noté alors par les parents est l'arrêt de croissance des ongles; on n'est plus obligé de les couper. Cette période de guérison apparente dure deux mois.

La troisième poussée débute assez brusquement dans la deuxième moitié d'avril 1936. Les parents de l'enfant sont catégoriques; ils accusent la réapparition des jours froids d'avoir amené cette rechute. A nouveau le pouls s'accélère (144). Le corps se recouvre de prurigo; les mains et les pieds redeviennent rouges et suintent; de grosses phlyctènes se voient sur la plante des pieds. L'enfant se gratte constamment. De volumineux ganglions se trouvent un peu partout. Les réflexes tendineux sont faibles. L'enfant est nerveux mais dort bien. Pas de fièvre. L'enfant n'engraille pas, mais ne maigrit pas non plus (11 kilos). Nous prescrivons de l'uroformine (0 gr. 50) et des bains carbogazeux quotidiens.

Assez rapidement l'état nerveux se calme : mais l'état cutané persiste inchangé : lors du dernier examen que nous avons pratiqué (5 juin), il était tout à fait typique.

A noter un foie un peu gros et quelques centigrammes d'albumine dans les urines.

Telle est cette curieuse observation, qui est la seule, croyons-nous, dans laquelle sont signalées trois poussées d'acrodynie chez le même malade. Je me permets de les résumer très brièvement, car les dates semblent bien confirmer le fait connu, et sur lequel a insisté M. Péhu, au IX^e Congrès de Pédiâtrie : l'acrodynie est une affection hiverno-vernale.

Première poussée . décembre 1934 à mai 1935.

Deuxième poussée : décembre 1935 à mars 1936.

Troisième poussée : débute vers le 20 avril 1936 et persiste encore.

OBSERVATION 16

(Docteur Ed. JENNY, de Aarau)

Dans une lettre personnelle au Docteur Péhu (10 janvier 1936), relate « qu'un enfant présenta, à deux reprises, une maladie de Feer, la première fois à 3 ans, la deuxième fois à 5 ans ».

Nous n'avons pas d'autres détails.

OBSERVATION 17

(Dr. BEUTTER)

D... Hélène, 3 ans.

Première atteinte (Dr. Descos de Saint-Etienne) en février 1936. Forme moyenne.

Durée : 3 mois. Traitement : Acecholine, Uroformine.

Deuxième atteinte en décembre 1936. Plus légère durée : un mois environ.

OBSERVATION 18
(Docteur PÉHU)

Observation résumée (Dr. PÉHU)

Far... Olga, née le 7 novembre 1929, habitant Sarrians (Vaucluse).

23 mars 1938.

Première atteinte d'acrodynie il y a quatre ans et demi, la fillette était alors âgée de 4 ans. Durée 18 mois. Souffrait, ne dormait pas. Mains et pieds particulièrement rouges. Prurit partout. Photophobie accentuée.

Puis rétablissement complet. Reprise d'une vie normale.

Opérée des amygdales en septembre 1937.

Récidive : janvier 1938.

Tandis qu'elle dort, elle s'éveille en criant, en disant qu'elle souffre des jambes. S'énervé. Bave en abondance, transpire beaucoup.

Pas de fièvre.

Appétit conservé.

Selles normales, régulières, pas de diarrhée.

Mains boudinées, rouges, avec desquamation et aspect d'hydroa.

Pouls : 140 (en permanence).

Tension artérielle : 12 (normale à cet âge 10 1/2).

Système nerveux périphérique : rien à signaler.

Chwostek : légèrement positif des deux côtés.

Urines : rien à signaler.

20 septembre 1938.

Améliorée, mais non encore guérie. Pouls 112.

Encore acrocyanose des mains, moins des pieds, moiteur, souffre moins, encore hyperesthésie des extrémités lors de contact ou de frottement.

Gorge un peu rouge.

Examen corporel négatif.

Urines : rien à signaler.

Poids : le 24 mai 1938, 24 kg. 100. Taille 120.

Le 20 septembre 1938, 24 kg. 900. Taille 122.

Donc récidive au bout de 4 ans et demi.

OBSERVATION 19

(BOISSERIE-LACROIX)

(*Pédiatrie*, septembre 1938 et *Société de Médecine infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séances des 12 janvier et 27 mars 1938).

*Un cas de récidive d'acrodynie à longue échéance :
neuf ans*

Observation.

Il s'agit d'un garçon de 14 ans, habitant le Lot-et-Garonne, dans les antécédents héréditaires ou collatéraux desquels nous n'avons rien à signaler.

A l'âge de deux ans et demi, cet enfant a fait (en avril 1927) une première poussée d'acrodynie, diagnostiquée et soignée par le Dr Rocaz, caractérisée par des signes cutanés intenses, des troubles nerveux, de l'insomnie, de l'agitation. Cette poussée aurait duré 6 mois.

A l'issue de cet épisode pathologique, l'enfant se serait bien remis; aurait normalement progressé, tout en restant assez nerveux.

Jusqu'en 1938, rien à signaler. Dans les derniers jours de janvier 1938, apparition de crises douloureuses bizarres, survenant le jour et plus souvent la nuit, consistant en sensations de torsion, de déchirement musculaire au niveau des jambes, du ventre, des reins. De ce

fait, la marche devient difficile. L'enfant ne dort plus. Son caractère change : il devient triste, quasi neurasthénique et maigrit considérablement.

L'examen du corps montre une éruption prurigineuse disséminée sur le tronc et les membres. Les mains sont gonflées, rouges, succulentes, couvertes de sueur; les pieds aussi, mais moins; en ces points, l'enfant se plaint de sensations désagréables de chaleur et de froid.

Réflexes tendineux diminués. Hypotonie musculaire. Absence de troubles de la sensibilité provoqué au niveau des sphincters. Pouls : 144. Réflexe oculo-cardiaque en ralentissement de 12 pulsations. Langue sale, gingivite. Absence de troubles dentaires.

Le sujet ne dort pas, mange très mal, est triste, mais il n'est pas hostile; au cours des crises douloureuses, attitudes bizarres, en arc de cercle, en torsion, s'accompagnant parfois de tremblement.

En deux mois maigrit de 6 kgs.

Examen des yeux. — Acuité visuelle : 8/10 à droite et à gauche. Absence de lésion du fond d'œil. Motivité oculaire, réactions pupillaires, normales. Dans le regard en face, pas de nystagmus, ni dans le regard en bas et en haut; nystagmus très marqué dans le regard à droite, moindre à gauche. Absence de diplopie.

Liquide céphalo-rachidien. — Lymphocytose modérée. albumine : 0,20; chlorure : 7,20.

Sang. — Hémoglobine et pourcentage leucocytaire normaux. Globules rouges : 3.860.000 ; globules blancs : 8.600.

Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke : négatifs.

Urine normale, sauf : albumine 0 gr. 31 et quelques cellules de desquamation uréthro-vésicales.

Absence de bacilles de Koch au tubage gastrique.

Radios du crâne normales de face et de profil.

Suture fronto-pariétale un peu élargie.

Température oscillant entre 37° et 38°.

Il semble bien qu'il y ait eu chez ce sujet à la fois des signes indiscutables de récédive à longue échéance d'acrodynie et des signes d'encéphalite.

Traitement conseillé : injections intra-veineuses de salicylate de soude.

OBSERVATION 20

(GLANZMANN, *Monographie* 1938)

Récidives.

Pour Feer, les récédives à plusieurs années d'intervalle sont très rares. Debré et Cléret ont observé une récédive après sept ans. Nous avons trouvé dans nos observations deux cas de récédive. Les deux concernaient des jeunes filles. Chez la première, la première atteinte survint à l'âge de six ans (vers le début avril 1931). A la clinique infantile, Stores trouva un tableau clinique net d'acrodynie; dans ce cas il y eut des troubles de la sensibilité, et chute de l'ongle du deuxième orteil. L'enfant hospitalisé fin avril 1931 fut guéri le 5 juillet 1931. Le 9 mai 1936, l'enfant revint à la clinique avec une maladie de Feer typique et qui avait fait son apparition cette fois, au mois d'avril.

Le deuxième cas est encore plus intéressant. Cette jeune fille présenta, à l'âge de cinq ans et demi, une maladie de Feer, qui dura plus d'un an (1924-1925). L'enfant semblait être avoir été parfaitement normale avant la maladie. Après cette maladie de Feer extraordinairement longue et qui dura presque deux ans, l'enfant se développa assez bien, et des manifestations de myxœdème

apparurent. Cinq à six ans après la première atteinte (en automne 1930), récédive, qui, malgré l'admission à l'hôpital n'est pas encore éteinte en avril 1932.

Malgré l'habitus nettement myxœdémateux, il subsistait encore une tachycardie relative, un pouls à 90-95, une pression sanguine encore élevée, 130, une glycémie à jeun de 120 mgr. pour mille; avec 25 gr. de dextrose, elle monta, en une heure, jusqu'à 199, et, après trois heures, elle était tombée à 138.

La jeune fille, alors âgée de treize ans, présentait encore de très grands troubles de la série acrodynique, surtout au niveau des mains, de très forts érythèmes et du gonflement, et par place des desquamations. L'enfant ressentait une sensation de brûlure dans divers territoires cutanés et réclamait de l'eau froide, pour se rafraîchir les mains.

Cette jeune fille présentait une expression crétinoïde du regard, une peau myxœdémateuse, rugueuse, sèche, un retard de croissance (taille 129 cm. au lieu de 145).

Au cours de la maladie de Feer, ce trouble est actuellement peu connu. Beutier signale seulement dans deux cas des mutilations dentaires; de même la perte des doigts est naturellement irréparable. Dans une observation de Beutier, l'enfant, depuis sa maladie de Feer, était nettement plus faible et nerveux. Il présentait des troubles vaso-moteurs persistants dans les jambes. Beutier mentionne en outre trois cas avec prolapsus chronique du rectum, puis deux cas avec altération articulaire et foyers de calcification dans certains os.

Notre cas est du plus grand intérêt par suite de la présence d'un myxœdème survenu au cours d'une maladie d'une durée extraordinairement longue; de plus, il existait une augmentation de l'hypophyse, des foyers de calcification, et enfin, au niveau des doigts et des mains, une coloration rose persistante et du gonflement.

OBSERVATION 21
(MM. GADRAT et PETEL)

Les auteurs rapportent un cas très net d'acrodynie ayant récidivé onze mois après la disparition de tous les symptômes.

La symptomatologie de la récurrence paraît en général indépendante de la manifestation première : dans le cas particulier, les auteurs en soulignent cependant le caractère fugitif et bénin.

OBSERVATION 22
(BEUTTER)

Ay... Renée, 2 ans.

Première atteinte en juin 1936 (Drs Soumaire et Thévenon, de Craponne).

Forme intense avec prédominance des manifestations cutanées et avec troubles oculaires.

Traitement : ultra-violets, Ballotyl, Acéchole.

Durée : 4 mois environ.

Deuxième atteinte en avril 1938 : forme plus bénigne, mais de nouveau avec manifestations cutanées importantes et photophobie sans lésions oculaires.

Durée deux mois environ.

Revue en janvier 1939 : va très bien.

OBSERVATION 23
(Dr. BEUTTER)

M... Madeleine 16 mois.

Première atteinte : mars 1933 (Dr. Riol, de Noirétable).

Forme intense : (Ultra-Formine, Ultra-Violets).

Durée 6 mois. Complications pulmonaires.

Deuxième atteinte : octobre 1938.

Forme légère. Durée 2 mois environ.

Signes pulmonaires persistent.

Etat général médiocre.

OBSERVATION 24

(Dr BEUTTER)

Bo... René, 10 ans.

Première atteinte : décembre 1938 (Drs Barrier de Pion-sat et Bons, de Montluçon).

Forme moyenne avec manifestations cutanées et prédominance de phénomènes douloureux et nerveux.

Traitement : Ultra-violets, Acéchole, Vitaminothérapie.

Durée : 4 mois.

Deuxième atteinte : octobre 1939.

Forme atténuée. Prédominance cutanée.

Durée 2 mois.

OBSERVATION 25

(Dr. BEUTTER)

Fr... Josette, 30 mois.

Première atteinte : janvier 1937. Forme typique et intense (Acéchole, Ultra-Formine, Ballotyl). Durée trois mois environ.

Revue en octobre : va très bien.

Deuxième atteinte en juillet 1939. Très nette (Dr Dupayrat, de Montbrison). Guérie en deux mois.

OBSERVATION 26

(Dr ROCAZ)

(*Bull. et Mémoires de la Soc. de Méd. Inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 1939, n° 1, p. 31).

Double récidence d'acrodynie

Observation

L'enfant M... (Jacqueline) âgée de deux ans, me fut adressée par un médecin de la Charente en octobre 1935. Cette enfant était malade depuis déjà trois mois. Quand je l'examinais, je trouvai chez elle le tableau classique et au grand complet de l'acrodynie : troubles du caractère caractérisés par de l'irritabilité, de la tristesse, des alternatives de dépression et d'excitation, les attitudes caractéristiques de l'acrodynie, mains et pieds gonflés, rouges, humides et froids, éruption type miliaire sudorale sur le ventre et sur le thorax. Depuis deux mois l'enfant ne marchait plus et se plaignait de souffrir des mains et des pieds. Les réflexes patellaires étaient conservés. Il existait une tachycardie intense et, par moment, de la dysurie. Cet état s'atténua peu à peu et, au mois de février de l'année suivante, l'enfant paraissait complètement guérie, elle avait, en particulier, retrouvé sa gaieté, sa vivacité et son embonpoint antérieur.

Mais, fin juillet de la même année, l'enfant perd complètement le sommeil et l'appétit, elle maigrit rapidement si bien qu'elle perd 2 kg. 500 en un mois. elle souffre des mains et des pieds, ne voulant plus supporter ni souliers ni chaussettes. Le caractère devient irritable, l'enfant pousse des plaintes constantes, urine très difficilement, présente de nouveau de la tachycardie et veut rester blottie sur les genoux de sa mère. Les mains et les pieds sont de nouveau rouges, œdématisés et froids. On observe de nouveau une éruption sur le tronc et avec des

poussées de transpiration abondante. Le traitement déjà mis en œuvre la première fois est repris : rayons ultra-violet, gardénal, chlorure de calcium, acéchéoline. En trois mois, tout rentre dans l'ordre.

Quatre mois plus tard, alors que la fillette paraissait complètement guérie, elle se met subitement à maigrir, à perdre l'appétit, à souffrir violemment des mains, des pieds et des genoux, à perdre le sommeil la nuit, alors qu'elle somnole la journée. Elle présente une nouvelle éruption sudorale sur le corps; de nouveau, les mains et les pieds deviennent rouges, humides et froids. Le même traitement est institué, et cette dernière récurrence n'a qu'une durée assez éphémère, puisque deux mois plus tard elle paraît guérie.

J'ai eu l'occasion de revoir cette enfant un an plus tard, elle ne présentait aucun signe d'acrodynie, mais restait très nerveuse.

Ces récurrences et, a fortiori, ces doubles récurrences d'acrodynie me semblent mériter d'attirer l'attention : elles démontrent en effet, à mon avis, que le virus neurotrope, agent de la maladie, persiste longtemps chez les sujets en apparence sains, et ceci peut expliquer dans bien des cas cette contagion de l'acrodynie, niée par un nombre d'auteurs, mais à laquelle, comme je l'ai dit dans cette enceinte, je crois fermement.

OBSERVATION 27

(H. AUDEOUD et BOISSONAS)

Notes sur 18 cas d'acrodynie observés à l'Hôpital Gourgas, à Genève. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 13, 25 novembre 1939).

Récurrence (Observation n° 17).

Garçon de 8 mois, soigné à l'hôpital Gourgas, en 1938, pendant sept semaines pour acrodynie avec les symptô-

mes habituels de cette maladie, sort *guéri*. Mais *rechute* de la maladie en 1939, six mois plus tard. Symptômes légers qui guérissent en deux semaines. Opéré un mois plus tard pour phimosis.

En somme : garçon de huit mois soigné en 1938 pour acrodynie avec ses symptômes habituels, fit 6 mois plus tard une rechute (*ou récédive*) avec des symptômes légers qui disparurent en 15 jours. Il semble donc que lorsque il y a rechute ou seconde atteinte, celle-ci soit fort légère.

CHAPITRE IV

COMPORTEMENT DES RÉCIDIVES

Malgré le nombre élevé d'observations d'acrodynie que l'on trouve dans la littérature, les récidives semblent rares. Feer n'en aurait observé qu'un ou deux cas; aucun cas n'a été signalé dans toute l'Italie du Nord. Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître leur rareté.

Dans ce chapitre, nous allons, d'après les observations que nous possédons, étudier les différentes particularités de ces récidives.

Nous étudierons :

- I) Le comportement de la première atteinte.
- II) La période intercalaire.
- III) La récidive unique.
- IV) Les récidives multiples.

I. — Le comportement de la première atteinte

Dans toutes nos observations, le comportement de la première atteinte fut variable. Il s'est agi, dans la plupart des cas, de formes habituelles, communes,

dans lesquelles rien ne faisait prévoir une récédive. L'âge des petits malades, le moment d'apparition des symptômes, les signes de l'affection, l'évolution et le traitement furent presque toujours classiques.

1° SEXE.

L'acrodynie semble aussi fréquente chez les garçons que chez les filles. (Dans nos observations, l'acrodynie est survenue douze fois chez des garçons, quatorze fois chez des filles). Nous n'y insisterons pas.

2° AGE AUQUEL EST APPARUE LA PREMIÈRE ATTEINTE.

Si l'on excepte une observation de M. Beutter, dans laquelle l'acrodynie est survenue à l'âge de dix ans, toutes nos observations s'échelonnent entre l'âge de huit mois à six ans.

Observation de MM. Audéoud et Boissonas : 8 mois.

Une observation de M. Ardisson : 9 mois.

Une observation de M. Boucomont : 1 an.

Une observation de M. Beutter : 16 mois.

Une observation de M. Boisserie-Lacroix : 22 mois.

Deux observations de M. Beutter : 2 ans.

Une observation de M. Rocaz : 2 ans.

Une observation de M. Ardisson : 2 ans.

Une observation de M. Beutter : 2 ans et demi.

Une observation de MM. Weill-Hallé et Klotz : deux ans et demi.

Une observation de M. Dupont : 2 ans et demi.

Une observation de M. Boissérie-Lacroix : deux ans et demi.

Une observation de M. Meyer-zu Hörste : 2 ans et demi.

Une observation de M. Beutter : 3 ans.

Une observation de MM. Debré et Cléret : 3 ans.

Une observation de M. Walter Ring : 3 ans.

Une observation de M. Ardisson : 3 ans et demi.

Deux observations de M. Péhu : 4 ans.

Une observation de M. Dupont : 4 ans.

Une observation de Mme Proskouriakoff : 4 ans et demi.

Une observation de M. Glanzmann : 5 ans et demi.

Une observation de M. Glanzmann : 6 ans.

Une observation de MM. Boissérie-Lacroix et Lavial : 6 ans.

Une observation de M. Ardisson : 9 ans.

Une observation de M. Beutter : 10 ans.

Ces chiffres ne font que confirmer la prédilection de l'acrodynie pour le jeune âge. Cette affection sévit presque uniquement dans les premières années de la vie, c'est-à-dire de six mois à cinq ou six ans. Elle peut apparaître très tôt. Stirnimann a signalé un cas d'acrodynie nettement caractérisé chez une fillette de quatre mois et demi, et qui aurait débuté deux mois auparavant.

M. Servel de Cosmi, dans sa thèse, a montré que l'acrodynie présente un maximum de un à trois ans, pour disparaître presque complètement après la septième année. L'adolescence et même l'âge adulte peuvent présenter parfois des cas pour lesquels le diag-

nostic posé est à coup sûr celui d'acrodynie. Mais ce sont là faits rares et même exceptionnels. Et ce n'est pas une des moindres particularités que cette limitation si tranchée à la petite enfance, à une période de la vie où le système nerveux a certainement et une composition anatomique et une « fonctionnalité » si particulières (Dr. Péhu).

3° RÉPARTITION PAR SAISONS (DÉBUT DE LA PREMIÈRE ATTEINTE).

Nos observations n'ont rien de caractéristique.

Janvier	1 Avril	4 Juillet	0 Octobre	1
Février	1 Mai	4 Août	1 Novembre	2
Mars	3 Juin	2 Septembre	2 Décembre	1

Notre statistique a peu de valeur, car il est difficile de faire une statistique exacte avec 28 observations ! Nous ferons simplement remarquer qu'elle est en accord avec la statistique personnelle du Dr Péhu, et celle de P. Selter (in *Epidémiologie et Pathogénie de l'Acrodynie infantile*. — IX^e Congrès des Pédiâtres de Langue française, Bordeaux, 28, 29, 30 mai 1936. — MM. Péhu et Boucomont).

Ces statistiques montrent une recrudescence de l'acrodynie pendant la saison froide, de décembre à mai, et en particulier au début du printemps. L'opinion générale est que l'acrodynie est une maladie hiverno-vernale. C'est celle que Pierre Woringer soutient dans son rapport sur les influences saison-

nières (Paris, 1934). Leenhardt et Boucomont, Servel de Cosmi, Selter, partagent cette opinion. On oppose ainsi l'acrodynie à la poliomyélite type Heine-Medin, qui, elle, est surtout estivale et un peu automnale.

Mais cette opinion est discutée. Certains auteurs (Fowler, Braun, Willie, Comby, Wickoff, Rocaz) considèrent que l'acrodynie peut indifféremment être observée à des époques diverses de l'année sans qu'un facteur saisonnier intervienne. D'autres ont constaté un maximum en août : par exemple, Pater-son et Greenfield, Braithwaite.

En réalité, un récent mémoire de Mrs Leenhardt et Boucomont apporte sur ce point une documentation exacte. Ces auteurs ont confronté les diverses statistiques et ont montré les causes d'erreurs dans les données numériques, suivant qu'on prend pour base d'évaluation le début réel de la maladie ou le moment auquel l'enfant a été soit soumis à l'examen médical, soit admis dans une formation hospitalière. Ils en arrivent à conclure plutôt à l'incidence hiverno-vernale de l'acrodynie.

4° ETUDE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ATTEINTE.

Le comportement clinique de la première atteinte fut variable. Certaines poussées furent extrêmement graves, d'autres atténuées, d'autres d'intensité moyenne. Rien ne permettait alors de prévoir une récurrence possible. Le diagnostic, dans deux cas, fut fait rétrospectivement, par similitude avec les symptômes de la récurrence.

Et justement, dans l'observation de récédive de Mrs Robert Debré et Cléret — première observation de récédive d'acrodynie — la première atteinte fut extrêmement intense.

Le diagnostic d'acrodynie fut porté rétrospectivement, lors de l'apparition des symptômes de la récédive, sept ans plus tard.

Nous retrouvons dans cette observation tous les symptômes caractéristiques de l'acrodynie : insomnie complète, douleurs diffuses, anorexie, troubles mentaux, postures pathologiques, sensations anormales, et, en particulier, prurit, phénomènes vasomoteurs et trophiques au niveau des pieds et des mains, évolution apyrétique et prolongée de la maladie. Et nous constatons aussi un trouble trophique portant sur les dents supérieures et inférieures, avec nécrose du maxillaire inférieur.

M. Beutter nous a adressé également les observations de deux formes intenses d'acrodynie ayant récidivé, l'une avec prédominance des manifestations cutanées et avec troubles oculaires, l'autre avec signes pulmonaires.

Mais, dans la plupart des cas, il s'agit de formes classiques, d'intensité moyenne, s'accompagnant d'un cortège plus ou moins complet de symptômes. Le syndrome psycho-acro-pathologique et les signes cardio-vasculaire existent, et sont souvent assez marqués. M. Beutter nous en signale quatre cas. MM. Audéoud et Boissonnas, dans l'observation qu'il ont publiée, disent que « l'enfant présentait les symptômes habituels de l'acrodynie ». De même, les observa-

tions de MM. Boissérie-Lacroix, de Glanzmann, de Rocaz, de Dupont, de M. Boucomont, de M. Péhu, de Walter Ring, concernent les formes classiques d'intensité moyenne, dans lesquelles rien ne faisait prévoir une récidive à plus ou moins longue échéance. Ces formes classiques semblent donc les plus fréquentes. Cette constatation ne peut nous surprendre, car l'acrodynie se présente en général sous cette forme ; c'est la forme habituelle, d'intensité moyenne, la véritable acrodynie, décrite à l'origine par Selter, Swift, Feer. La première atteinte peut être également « a minima », et se présenter sous la forme d'une acrodynie atténuée. Mme Proskouria-koff, dans sa thèse, cite l'observation d'un enfant de cinq ans et demi présentant une acrodynie atténuée, consistant en plaques rouges très prurigineuses, avec bulles contenant du liquide clair, et, autour des ongles, des bulles contenant du pus. Un an après, les mêmes phénomènes réapparaissent, au cours d'une acrodynie.

Cette variété « a minima » d'acrodynie est vraisemblablement fréquente ; son diagnostic, parfois difficile, n'est souvent formulé que par un médecin averti. Il semble donc qu'un certain nombre de cas passe inaperçu. L'acrodynie des grands enfants, des adolescents, et même des adultes ne serait-elle pas une récidive de l'affection à longue échéance, avec un première atteinte atténuée, ayant échappé à l'entourage et même au médecin ? C'est là une simple hypothèse, que nous n'approfondirons pas.

En ce qui concerne le rôle des maladies intercur-

rentes dans le déterminisme de l'affection, nos observations ne nous apprennent rien.

Dans un cas douteux rapporté par MM. Boissérie-Lacroix et Lavial, l'affection aurait succédé à une coqueluche. Walter Ring signale l'apparition d'une acrodynie chez un enfant qui avait mangé des raisins soufrés. Dans une observation de M. Dupont, la maladie aurait été précédée de douleurs d'oreilles, de diarrhée, enfin de broncho-pneumonie avec pleurésie purulente. Dans la deuxième observation du même auteur, l'acrodynie aurait fait son apparition deux mois après une pneumonie classique.

Ces affections précédant l'acrodynie sont bien connues, et, déjà en 1930, Servel de Cosmi, dans sa thèse, écrivait : « L'infection est en effet mise en évidence dans les prodromes de la maladie. Le plus souvent, c'est sous la forme d'un épisode aigu des voies aériennes, simple coryza, amygdalite ou même atteinte pulmonaire. Souvent aussi, l'acrodynie semble succéder à des troubles digestifs inexpliqués : diarrhée, gastro-entérite avec fièvre. Plus rarement, l'enfant est en convalescence d'une maladie mieux caractérisée (rougeole, coqueluche).

Les auteurs qui insistent sur le rôle de ces infections antérieures ajoutent que la distance qui les sépare de l'apparition du syndrome constitué est en général de un à deux mois. Mais il ne semble pas que ces données suffisent à reconnaître un rôle efficace à ces infections du début. La variété même de ces prodromes, leur inconstance suffiraient à diminuer leur importance dans l'étiologie de l'affection. Faut-il

ajouter que ces antécédents pourraient se retrouver avec autant de fréquence dans toutes les maladies infantiles ?

Au cours de la maladie même, aucune affection grave n'est venue en troubler l'évolution. Nous verrons qu'il n'en sera pas de même au cours de la deuxième atteinte, et surtout dans l'intervalle séparant les deux atteintes.

5° RELIQUATS.

Dans un certain nombre d'observations, au cours de la première atteinte acrodynique, des reliquats, parfois même des mutilations, ont marqué leurs empreintes d'une façon plus ou moins permanente. La première observation de MM. R. Debré et H. Cléret est intéressante. Comme nous l'avons déjà dit, il s'est agi d'une forme mutilante, avec chute des quatre incisives inférieures, puis chute des autres dents inférieures, et nécrose du maxillaire inférieur. Lors de la deuxième atteinte, sept ans après, les troubles trophiques frappent immédiatement : « la mâchoire inférieure est tout à fait réduite de volume et a l'aspect des mâchoires atrophiées des vieillards privés de leurs dents ».

Un trouble semble persister extrêmement longtemps et souvent même de façon permanente : c'est la nervosité. MM. R. Debré et H. Cléret signalent, dans leur observation, que l'enfant n'est pas très attentive à l'école.

Walter Ring signale également, chez sa petite malade une persistance de la nervosité.

M. Boissierie-Lacroix, dans sa publication — un cas de récidence à longue échéance : neuf ans — nous apprend que son malade « aurait normalement progressé, tout en restant assez nerveux ».

La persistance de ces petits troubles nerveux a été signalée à diverses reprises, au cours des acrodynies banales. Certains auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y aurait à suivre les malades « guéris » et voir si réellement ils présentent des séquelles éloignées.

Et M. Boucomont cite le cas d'un enfant qui, « deux ans et demi après une acrodynie, montre une nervosité considérée comme anormale par les instituteurs », et le cas d'un autre enfant ayant un retard psychique très net.

Pour M. Beutter, l'acrodynie laisse souvent de la nervosité et des troubles vaso-moteurs.

En réalité, des réserves sont à faire, car la plupart du temps on ne connaît pas l'état psychique antérieur du malade, qui n'est révélé que par l'interrogatoire de l'entourage.

Enfin, la deuxième observation de Glanzmann est extrêmement curieuse :

Après une maladie de Feer d'une durée particulièrement longue, et qui dura presque deux ans, l'enfant se développa assez bien, mais des phénomènes de myxœdème apparurent — avec expression crétinoïde du regard, une peau myxœdémateuse, rugueuse, sèche, un retard de croissance. Il existait en plus une augmentation de l'hypophyse, et des foyers

de calcification (à ce sujet, les détails nous manquent). Comme le dit si justement Glanzmann, ces troubles sont encore mal connus au cours de l'acrodynie. M. Beutter a signalé des arthropathies décalcifiantes. M. Ardisson a signalé quelques cas de troubles endocriniens post-acrodyniques.

Ces manifestations endocriniennes ont servi de base à une tentative de théorie « endocrinienne » de l'acrodynie. En fait, pour MM. Péhu et Boucomont, ces troubles sont secondaires à l'atteinte primitive du système nerveux végétatif. Nous n'insisterons pas sur ce sujet. Ainsi donc, l'acrodynie ne semble pas à l'abri des séquelles. Comme l'écrit justement Hanaud, « on ne saurait croire qu'une affection qui donne des troubles si profonds ne laisse sur le frêle organisme de l'enfant la moindre trace. Voilà une affection qui, pendant des mois, ébranle le système nerveux végétatif, et celui-ci n'en est pas définitivement troublé, ainsi que la pléiade des glandes endocrines qui lui sont annexées ».

6° DURÉE DE LA PREMIÈRE ATTEINTE.

Elle fut variable. Les chiffres obtenus sont approximatifs ; la durée exacte de cette affection est en effet difficile à apprécier, elle est due à l'insidiosité du début d'une part, à la détermination de la guérison totale d'autre part.

Les chiffres obtenus oscillent entre deux mois (Audéoud et Boissonas) et dix-huit mois (M. Péhu). Trois poussées ont duré trois mois environ ; un cas

a évolué en cinq mois ; cinq autres en six mois ; un autre en huit mois ; un autre en neuf mois ; deux en plus de dix mois ; un en plus d'un an ; enfin, un cas s'est prolongé pendant dix-huit mois.

La plupart de nos cas ont donc évolué entre trois mois et un an. Notre statistique est conforme à celle d'un grand nombre d'auteurs. Les cas à évolution longue semblent assez rares dans la littérature.

MM. Debré et Servel de Cosmi ont publié un cas d'acrodynie ayant persisté pendant plus d'un an, M. Rocáz en dix-huit mois ; Hanaut plus de vingt mois. Mme Eglé Stopen, dans sa thèse inspirée par le Dr Robert Clément, présente quatorze observations (sur vingt) ayant eu une marche lente — entre douze mois et quarante-sept mois. Pour le Dr Clément, l'acrodynie aurait « une évolution souvent prolongée, se comptant par un an et plus » (?).

7° TRAITEMENTS EMPLOYÉS DANS LA PREMIÈRE ATTEINTE.

L'acrodynie est une maladie frappant l'ensemble du système sympathique, dans ses deux constituantes : sympathique et parasympathique. Il y a en pathologie des « sympathoses » localisées : la maladie de Raynaud, par exemple, des manifestations abdominales, etc. L'acrodynie n'épargne vraiment aucun territoire du système neuro-végétatif. On a donc ainsi la possibilité d'étudier les manifestations cliniques d'une vaste perturbation de ce système.

C'est de ces considérations générales que doit s'inspirer la thérapeutique. La médication s'adresse à des

manifestations multiples nullement identiques quant à leur mécanisme et à leur place dans la symptomatologie.

M. Péhu a, dans un article récent, résumé avec clarté la thérapeutique de l'acrodynie.

La première indication à remplir, écrit-il, est de soulager les petits malades. On sait quelle place tient l'élément douleur dans la symptomatologie. Contre ces douleurs, il faut employer des calmants, tels que gardénal, rutonal, bromures, etc., donnés par voie gastrique, en même temps que des moyens locaux, tels que pommades ou poudres qui ont pour objet de diminuer les douleurs en même temps que d'atténuer les démangeaisons. Une bonne méthode a été préconisée par M. Lévesque : l'emploi de bains carbo-gazeux, avec de l'eau chaude à laquelle on ajoute un ou deux comprimés de sels de Royat.

Il convient aussi de prévenir et de traiter les infections survenant dans le domaine de la peau, des voies respiratoires, de l'arbre urinaire ou de l'intestin. Elles traduisent une diminution nette du « pouvoir immunitaire » de la peau et des muqueuses, dû à la perturbation sympathique. Une aération, une hygiène minutieuse sont indispensables. L'alimentation doit occuper une place importante. Elle doit être d'une administration facile, en tenant compte de l'âge, en général tendre, de l'enfant, des troubles digestifs qui souvent accompagnent l'acrodynie. Elle doit être substantielle et riche en vitamines. Certains auteurs ont préconisé la peau de pomme de

terre consommée en nature, qui contiendrait un principe du genre vitamine anti-acrodynique.

On doit assurer des nuits peu agitées, faire que les enfants aient au moins quelques heures de repos pendant la nuit. On est autorisé à administrer avec discrétion et sous surveillance des médicaments à action hypnogène.

C'est surtout aux médications directes, pathogéniques, qu'il faut s'adresser. On a cherché dans divers sens. Les auteurs américains ont préconisé l'emploi de vaccins préparés en partant du contenu retiré par ponction de ganglions tuméfiés de l'acrodynique.

On a beaucoup conseillé l'emploi de médicaments à action anti-infectieuse : uroformine et ses dérivés, salicylate de soude, etc...

La thérapeutique endocrinienne est peu efficace.

Ce qu'il faut surtout employer dans l'acrodynie, ce sont les substances susceptibles d'agir efficacement sur le système nerveux sympathique. Dans cet ordre d'idée, on peut employer le crataegus, la balotte, le saule, la passiflore, la belladone, l'ésérine. Il convient d'être prudent en ce qui concerne certains principes tels que le tartrate d'ergotamine ou l'yo-himbe. Plusieurs auteurs conseillent le Bellergal ou le Belladénal.

Actuellement, l'acécoline est considéré comme le médicament susceptible de combattre efficacement les manifestations de l'acrodynie. On l'emploie à la dose de 0 gr. 05, 0 gr. 10, et même davantage, en injections sous-cutanées quotidiennes, pendant longtemps. Mais les résultats sont inconstants. Un moyen

souvent efficace est représenté par l'actinothérapie ultra-violette.

Mais il est bien difficile de porter sur la valeur exacte de ces médicaments ou de ces divers agents, une appréciation juste. La durée la plus souvent longue de la maladie ne permet qu'un jugement limité. Il est également permis de supposer que le moment exact de la maladie où le traitement est appliqué doit être pris en sérieuse considération, en raison de l'étendue et de la curabilité variables des troubles neuro-végétatifs qui, vraisemblablement, représentent le substratum de la maladie.

Ainsi, dans l'acrodynie, les médications sont nombreuses et variées. Dans les observations que nous avons recueillies, la médication fut appliquée au cours de la première atteinte. Si l'on excepte deux cas dans lesquels le diagnostic d'acrodynie fut porté rétrospectivement, et qui guérissent sans traitement médicamenteux ou physiothérapique, si l'on excepte également un certain nombre d'observations dans lesquelles les détails thérapeutiques manquent, nous pouvons cependant constater que de nombreux traitements furent employés.

La place prépondérante revient à l'actinothérapie ultra-violette, qui sembla, dans un certain nombre de cas, amener une évolution relativement rapide vers la guérison.

La deuxième place revient à l'acécoline, que M. Beutter semble employer systématiquement, en même temps que les rayons ultra-violets. Les anti-infectieux — uroformine et ses dérivés — sont aussi lar-

gement employés. La vitaminothérapie n'est mentionnée que dans deux circonstances.

Enfin, la ballotte, l'atropine, la saule, la passiflorine, furent rarement employées.

Nous ne pouvons rien conclure de l'action de cette médication. Elle sembla cependant amener dans un certain nombre de cas une « amélioration » rapide, puis la « guérison », mais elle ne mit pas les malades à l'abri des récidives.

II. — La période intercalaire

Dans le chapitre précédent, nous avons mis en relief l'importance de cette période intercalaire. L'intervalle entre la première et la deuxième atteinte est un facteur essentiel ; c'est ce facteur qui permet la distinction entre la rechute et la récidive. Nous avons vu l'unanimité des auteurs sur la durée de cet intervalle. MM. Péhu et Boucomont, le Professeur Piero Fornara, M. Beutter, MM. Gadrat et Pétel admettent que cet intervalle doit être de six mois au moins. Mme Stopen exige un minimum de un an. M. Boisserie-Lacroix n'admet aucun intervalle, puisqu'il a publié un cas de récidive survenu deux mois après la première atteinte. En réalité, nous admettons comme critère essentiel un intervalle d'au moins six mois.

Autre élément essentiel : le retour intégral à la

santé. Ce facteur est souvent difficile à déterminer. Nous avons ébauché dans le chapitre précédent la question de la guérison de l'acrodynie. Cette question nous fut justement inspirée par le Dr Ardisson, à l'occasion des documents qu'il a bien voulu nous faire parvenir. Existe-t-il des tests guérison ? Quand peut-on parler de guérison vraie ?

Cette guérison est annoncée par la reprise de l'appétit, du poids, du sommeil, et par le retour à la normale des pulsations cardiaques, de même que de la tension artérielle. Ce sont là des signes qui ne trompent pas, et qui servent de bases solides pour l'évaluation de la guérison. La bascule est d'un précieux secours.

Nous n'avons retenu que les observations de récides d'acrodynie qui contenaient ces deux éléments essentiels. Nous avons volontairement écarté les autres observations.

Nous avons pu recueillir trois cas de récides multiples. Nous les étudierons dans un autre paragraphe.

1° DURÉE DE LA PÉRIODE INTERCALAIRE.

Elle fut variable. L'intervalle le plus court entre les deux atteintes fut de six mois, le plus long de onze ans. Entre les deux les intervalles furent variables.

M. Beutter.	6 mois
MM. Audéoud et Boissonnas.	6 »
M. Rocaz.	6 »

M. Dupont.	6	»
M. Beutter.	7	»
M. Boisserie-Lacroix.	7	»
M. Beutter.	8	»
M. Ardisson.	9	»
MM. Gadrat et Pétel.....	11	»
Mme Proskouriakoff.	1	an
M. Dupont.	1	»
M. Boucomont.	1	»
M. Beutter.	18	mois
M. Péhu.	18	»
M. Ardisson.	18	»
M. Ardisson.	19	»
M. Ardisson.	2	ans
M. Walter Ring	2	»
M. Jenny.	2	»
M. Beutter.	27	mois
M. Meyer.	4	ans
M. Péhu.	4	ans 1/2
M. Glanzmann.	5	ans
M. Glanzmann.	5	»
M. Beutter.	5	»
MM. Debré et Cléret.....	7	»
M. Boisserie-Lacroix.	9	»
MM. Weill-Hallé et Klotz.....	11	»

Les récidives d'acrodynie peuvent donc survenir très longtemps après la première atteinte. Le plus souvent, l'intervalle est de plusieurs années, et la récidive survient alors que la première atteinte était déjà presque oubliée.

Ces longs intervalles, que rien ne laissait prévoir, sont intéressants ; en effet, du fait des récidives, *l'acrodynie réapparaît à un âge où d'habitude elle ne survient pas pour la première fois : onze ans, douze ans, treize ans.*

Les acrodynies, au cours de l'adolescence, sont exceptionnelles. Peut-être s'agit-il simplement de récidives, à longue échéance, de formes frustes, atténuées, « a minima », ayant passé inaperçues. C'est là une simple hypothèse.

2° COMPORTEMENT DANS L'INTERVALLE.

Nous avons vu que cet intervalle doit être absolument sain, ou plutôt exempt de toute manifestation acrodynique. On ne peut certes demander à un laps de temps de dix ou onze ans d'être exempt de toute maladie, surtout chez l'enfant.

Nous allons donc, à propos de nos observations, étudier rapidement cette période intercalaire. Nous n'y insisterons pas.

Dans le cas relaté par MM. Debré et Cléret, l'enfant aurait présenté une varicelle bénigne, sans importance. Mais, cet enfant aurait été et serait encore inattentif. Même persistance de la nervosité dans une observation de Glanzmann, puis de Boissérie-Lacroix.

Glanzmann signale l'apparition d'un myxœdème ; nous en avons déjà parlé.

Enfin, M. Ardisson signale l'apparition d'une colibacillose urinaire, qui guérit rapidement.

Toutes ces manifestations morbides sont banales, et de peu d'intérêt. Elles ne furent pas influencées par la première atteinte, et surtout elles ne semblent pas avoir eu d'influence sur la récédive.

Enfin, nous avons classé dans nos observations une observation curieuse de M. Ardisson. Après une acrodynie, le malade présentait des troubles vasomoteurs persistants (pieds et mains moites et rouges). Cette observation dépasse le cadre de notre étude ; il ne semble pas s'être agi d'une acrodynie récidivante, mais d'une encéphalite léthargique post-acrodynique.

En somme, intervalle exempt de toute manifestation acrodynique. Peut-être la première atteinte laisse-t-elle un peu de nervosité et d'inattention ; mais ces manifestations peuvent se voir après toute acrodynie « guérie ».

Enfin, la longue durée de l'intervalle explique les acrodynies survenant à un âge où d'ordinaire elles ne se rencontrent pas.

III — La récidive unique

La récidive peut apparaître après un délai plus ou moins grand. Rien ne laisse alors prévoir la réapparition des différents symptômes.

La durée variable de l'intervalle libre explique l'âge auquel apparaît la récidive. Il s'agit souvent de grands enfants, parfois même des adolescents.

1° AGE OU S'EST PRODUIT LA RÉCIDIVE.

Il est très variable ; dans nos observations, il s'échelonne entre 2 ans et 14 ans. Il ne semble pas exister de prédominance pour un âge déterminé comme le montre le tableau suivant :

MM. Audéoud et Boissonas. ...	2 ans
M. Boucomont.	2 ans 1/2
M. Ardisson.	3 ans
M. Beutter.	3 »
M. Rocaz.	3 »
M. Boisserie-Lacroix.	3 »
M. Dupont.	3 ans 1/2
M. Ardisson.	4 ans
M. Beutter.	4 »
M. Beutter.	4 »
M. Beutter.	5 »
M. Dupont.	5 »
Mme Proskouriakoff.	5 ans 1/2
M. Péhu.	5 ans 1/2
M. Walter Ring.	5 ans 1/2
M. Ardisson.	6 ans
M. Meyer.	6 ans 1/2
M. Beutter.	7 ans
M. Péhu.	8 ans 1/2
M. Ardisson.	10 ans
M. Glanzmann.	11 »
M. Glanzmann.	11 »
M. Beutter.	11 »
MM. Debré et Cléret.	11 ans 1/2
MM. Weill-Hallé et Klotz.	13 ans 1/2
M. Boisserie-Lacroix.	14 ans

Le plus grand nombre de cas de récides que nous avons recueillis (14 sur 26) concernent des enfants de plus de 5 ans. Et, cependant, l'acrodynie est une maladie de la première enfance ; elle sévit avec prédilection chez les enfants de 2 à 5 ans. Elle est rare et même exceptionnelle dans la troisième enfance, de 7 à 15 ans. Il n'en est pas de même pour la récide.

2° RÉPARTITION SAISONNIÈRE.

Notre statistique est conforme à celle que nous avons décrite lors de la première atteinte :

Janvier : 2 ; Février : 1 ; Mars : 0 ; Avril : 7 ; Mai : 5 ; Juin : 3 ; Juillet : 2 ; Août : 0 ; Septembre : 1 ; Octobre : 2 ; Novembre : 0 ; Décembre : 3.

Nous pouvons faire, à ce sujet, les mêmes remarques. La récide est survenue le plus souvent pendant les six mois froids de l'année, et en particulier au printemps. Sept cas sur vingt sont survenus en avril, cinq en mai. Il semble donc que la récide, comme la première atteinte, présente une recrudescence pendant la saison froide. On peut, semble-t-il, conclure à l'incidence hiverno-vernale de la récide. Comme la poussée initiale, elle est une affection « héliophobe ».

3° CONDITIONS D'APPARITION DE LA RÉCIDE.

Très souvent, le tableau clinique de l'acrodynie infantile est précédé par un épisode fébrile, étiqueté

grippe, mais au cours duquel, si on la cherche, on peut constater une rhinopharyngite plus ou moins intense. Cet épisode fébrile est en général assez court et, en deux ou trois jours, la température revient à la normale. La fugacité et le peu d'importance de ces troubles font qu'ils ne laissent généralement que peu de traces dans la mémoire des familles. Ou bien, cet épisode fébrile est rendu responsable de la manifestation acrodynique. D'autant plus que cet épisode fébrile terminé, tout semble rentrer dans l'ordre ; l'enfant paraît, pendant quelque temps, revenir à son état de santé normal.

Au cours de nos investigations, nous avons trouvé trois cas de début pseudo-grippal : l'un fut observé par MM. Weill-Hallé et Klotz, le second par M. Dupont ; le troisième par M. Ardisson.

Dans la première de ces observations, l'affection a débuté par un court épisode fébrile qui a été diagnostiqué « grippe ». Quelques jours après sont apparus les oreillons. L'évolution de cette maladie fut simple, mais, au cours de la convalescence, les premières manifestations acrodyniques firent leur apparition.

Dans la deuxième observation, tous les symptômes apparaissent après une grippe (?).

Enfin, dans l'observation 47 de M. Ardisson, une « grippe » familiale a été également à l'origine de la deuxième manifestation d'acrodynie.

Dans les autres publications, nous n'avons pas trouvé de détails sur le mode d'apparition de l'affection. Faut-il en rendre responsable la brièveté de

certaines observations, ou bien l'insidiosité et la banalité de cet épisode grippal, qui n'a pas frappé l'entourage de l'enfant ?

4° LES SYMPTOMES DE DÉBUT.

Ils furent classiques. Les douleurs dans les membres inférieurs, le prurit, les troubles des extrémités et manifestations psychiques ont été les premiers en date. Ce sont là troubles communs à toute acrodynie. Ils ne semblent pas avoir été modifiés au cours de la récédive.

5° INTENSITÉ DE LA RÉCIDIVE.

Logiquement, la récédive au cours de l'acrodynie devrait pouvoir se présenter sous des manifestations diverses ; certaines formes devraient être très intenses, d'autres moyennes, d'autres atténuées. L'évolution devrait en être longue. Il semble qu'il en est rien. En effet, si nous nous reportons aux observations que nous avons pu recueillir, nous ne trouvons qu'un nombre minime de formes graves de récédives.

Nous avons trouvé deux observations intriquées d'acrodynie et d'encéphalite, nous en parlerons à propos du diagnostic.

Parmi les autres cas, un seul a présenté une gravité certaine (MM. Weill-Halé et Klotz). Il s'est agi d'une acrodynie typique, avec troubles des extrémités, sudation intense, troubles neuro-psychiques, troubles urinaires, tachycardie, et légère hypertension arté-

rielle. De plus, il existe des troubles oculaires avec hémorragies sous-conjonctivales et palpébrales, et des troubles dentaires : l'enfant a perdu spontanément deux dents — les autres sont branlantes.

Tous les autres cas concernent des formes moyennes ou atténuées. C'est là un fait qui nous a frappé : la récurrence de l'acrodynie se présente le plus souvent sous une forme *a minima*. Les différentes manifestations acrodyniques sont incomplètes ; il existe une prédominance nette des symptômes cutanés et neuro-psychiques. Les signes circulatoires existent, mais atténués.

Autre fait important : cette seconde manifestation reproduit souvent, bien qu'atténués, les syndromes qui ont prédominé lors de la première atteinte. Plusieurs observations de M. Beutter sont caractéristiques. Dans l'une, il existait, lors de la première atteinte, des manifestations cutanées et des troubles oculaires intenses. Deux ans après, « récurrence plus bénigne, mais de nouveau, avec manifestations cutanées importantes et photophobie sans lésions oculaires ». Dans une autre observation on retrouve, au cours de la récurrence, également plus bénigne, la même prédominance des manifestations constatées, déjà signalées au cours de la première atteinte.

Le même fait est signalé dans la thèse de Mme Proskouriakoff.

En somme : *la récurrence de l'acrodynie semble plus bénigne que la première atteinte*. Tous les auteurs ayant observé des acrodynies récidivantes mentionnent cette particularité.

Et nous verrons que, lorsqu'il existe plusieurs récidives, les atteintes sont de plus en plus bénignes.

Une autre preuve de bénignité de l'acrodynie est représentée par :

6° DURÉE DE LA RÉCIDIVE.

La récidive évolue toujours plus rapidement que la première atteinte ; la « restitutio ad integrum » est généralement très rapide ; parfois même, les signes acrodyniques sont estompés et fugaces. L'entourage du malade redoute la réapparition de symptômes qui vont durer de longs mois. Mais, rapidement, ces symptômes s'atténuent, et la guérison survient.

Dans les observations que nous publions, il nous manque certaines précisions sur la durée des récidives.

Dans 18 observations seulement, nous avons trouvé la durée d'évolution de ces atteintes secondes.

Or, parmi ces 18 cas, un seul a évolué en un an et demi. Il s'agit d'une observation de Glanzmann. M. Péhu signale également une récidive qui dura plus de 8 mois. Tous les autres cas ont évolué favorablement en quelques semaines ou quelques mois (2 semaines à 6 mois).

MM. Audéoud et Boissonas..	2 semaines
M. Boucomont.	3 semaines
MM. Debré et Cléret.....	Quelques sem.
MM. Beutter.	1 mois
M. Boissérie-Lacroix.	2 »
M. Meyer.	2 »

M. Beutter.	2 »
M. Beutter.	2 »
M. Beutter.	2 »
M. Beutter.	2 »
M. Ardisson.	2 »
M. Péhu.	2 mois 1/2
M. Dupont.	2 mois 1/2
M. Rocaz.	3 mois
MM. Weill-Hallé et Klotz. . . .	4 »
M. Ardisson.	envir. 10 mois
M. Glanzmann.	envir. 18 mois

Cette statistique, bien qu'incomplète, montre que, en général, les récurrences d'acrodynie évoluent rapidement. La plupart guérissent en deux mois, deux mois et demi, trois mois. Nous avons vu que les premières atteintes furent en général plus longues, puisqu'elles évoluèrent dans un laps de temps moyen de trois mois à un an.

Ainsi, les récurrences, au cours de l'acrodynie, sont plus bénignes. Cette bénignité est expliquée par deux facteurs : intensité moindre des symptômes acrodyniques, d'une part ; durée plus courte de l'atteinte. Ce deuxième facteur est important dans le déterminisme de la bénignité. En effet, comme nous l'avons déjà signalé à maintes reprises, l'acrodynie est une affection longue, traînante, malgré la thérapeutique mise en œuvre. Il n'en est pas de même de la récurrence, qui évolue rapidement vers la guérison.

Cette brièveté d'évolution est mise en évidence dans nos observations. Déjà, en 1933, Erwin Schiff

écrivait : « Les récidives, qui peuvent apparaître après plusieurs mois et même plusieurs années, sont remarquables (Porter, Jenny, Zahorsky). Mais les récidives évoluent plus rapidement ».

Ces récidives, le plus souvent, guérissent. Aucune observation ne signale une issue fatale. L'acrodynie maligne, en temps que récidive, n'a jamais été signalée. Elle semble donc exceptionnelle.

7° TRAITEMENT DE LA RÉCIDIVE.

Les mêmes règles thérapeutiques doivent être appliquées au cours des premières atteintes et des récidives. Nous avons déjà passé en revue l'arsenal médicamenteux et physiothérapique que nous avons à notre disposition. Il a pour but de calmer l'élément douleur, de prévenir et traiter les infections de la peau, des voies respiratoires, digestives, et urinaires, de s'opposer à l'amaigrissement — bon symptôme de l'acrodynie. Enfin, il faut employer les diverses substances et les moyens physiques susceptibles d'agir efficacement sur le système nerveux sympathique.

Dans nos différentes observations, l'actinothérapie ultra-violette prend la première place. D'autres moyens thérapeutiques furent employés accessoirement : radiothérapie, gardénal, chlorure de calcium, acéchole, salicylate de soude, etc.

8° LES RELIQUATS.

Malgré le traitement intensif, un certain nombre de séquelles ont aggravé, passagèrement du moins, l'avenir des malades.

La plupart ont guéri sans séquelle.

Les reliquats les plus graves semblent avoir été laissés par la première poussée. C'est ainsi que MM. R. Debré et H. Cléret ont insisté sur des troubles trophiques (chute des dents et atrophie du maxillaire) apparus lors de la première atteinte ; lors de la récurrence, il ne s'agit que de reliquats.

Les troubles psychiques semblent avoir été plus fréquents : « déficience de l'état psychique, inaptitude pour le travail intellectuel, mauvais caractère, colère, vie en commun difficile » (Debré et Cléret). Un autre trouble a été également constaté à deux reprises : la déficience de l'état général, constatée peu de temps après la guérison. Encore ce trouble semble avoir été transitoire.

Un autre trouble séquellaire curieux, bien que sans importance, a été signalé par Boissérie-Lacroix : « le seul signe pathologique noté alors par les parents est l'arrêt de croissance des ongles ; on n'est plus obligé de les couper ».

★★

En résumé : les récurrences de l'acrodynie semblent toujours bénignes. Les symptômes de l'affection sont toujours peu intenses ; sa durée est toujours brève, et tous les auteurs sont unanimes à écrire : l'affection a évolué rapidement vers la guérison.

IV. — Les récidives doubles

Nous avons pu recueillir trois curieuses observations de doubles récidives d'acrodynie, l'une publiée par M. Boissérie-Lacroix (in *Pédiatrie*, décembre 1936), l'autre publiée par M. Rocaz (in *Bull. de la Soc. de Méd. Inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 1939).

M. Ardisson a bien voulu nous envoyer une très belle observation de triple récidive d'acrodynie. Nous n'avons pu nous procurer l'observation classique de double récidive observée par Mme Martino.

Cette étude sera brève. Elle servira à étayer notre point de vue sur la bénignité des récidives.

1° INTERVALLE ENTRE LA PREMIÈRE ET LA DEUXIÈME RÉCIDIVES.

Il fut court dans les observations de Boissérie-Lacroix et de Rocaz : deux mois et quatre mois. Nous avons vu que, pour parler de récidive, il faut un intervalle pendant lequel le sujet a une santé normale. Dans ces deux cas, cet intervalle ne fut pas respecté. Peut-être s'est-il agi de rechutes à échéances relativement longues. D'autant plus que, dans une de ces observations, persistaient quelques troubles des extrémités, en particulier un arrêt de croissance des ongles.

Toutefois, ces observations sont intéressantes et confirment la bénignité des atteintes secondaires.

L'observation de M. Ardisson fera l'objet du dernier paragraphe.

2° DURÉ DE LA DEUXIÈME RÉCIDIVE.

Dans un cas, elle fut de plus de deux mois, dans l'autre de deux mois.

3° INTENSITÉ DES SYMPTÔMES OBSERVÉS.

Il n'y a rien à signaler. Le syndrome psycho-acropathologique fut assez marqué. Nous n'avons aucun renseignement sur les manifestations cadio-vasculaires. Mais ces troubles psycho-acropathologiques furent d'une durée « éphémère » (2 mois environ).

M. Rocaz signale qu'après la deuxième atteinte, la petite malade restait très nerveuse.

Ces deux observations sont donc très intéressantes. Elles confirment la rareté des doubles récidives, et leur bénignité. Elles semblent surtout démontrer que le virus neurotrope, agent de la maladie, persiste longtemps chez les sujets en apparence sains.

V. — Les récidives triples

Nous avons pu recueillir également une observation inédite de triple récidive d'acrodynie. Nous le devons à l'amabilité du Docteur Ardisson.

Dans cette observation, il s'est agi de récidives vraies.

L'intervalle entre la première et la deuxième récursive fut de neuf mois ; celui de la deuxième et de la troisième atteintes fut de huit mois.

Cette observation peut servir de conclusion à notre chapitre :

« Deuxième rechute en décembre 1934, très légère ; évolution en six semaines environ.

« *Ebauche de rechute en octobre 1935. Symptômes tellement estompés qu'il fallait une mère prévenue et connaissant la maladie pour s'apercevoir de quelque chose d'anormal. Guérison rapide* ».

Ainsi donc, les récurrences sont de plus en plus bénignes. Plus il existe de récurrences, plus elles sont estompées. *Tout se passe comme si chaque atteinte apportait à l'organisme un certain degré d'immunité — qui finit par triompher du virus après de longues années.*

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Pour qui connaît le tableau de l'acrodynie infantile, le diagnostic est facile, car la symptomatologie est typique et ne ressemble à aucune autre.

Dans sa forme classique, psycho-acropathologique, on ne peut se tromper. Parfois, pourtant, le diagnostic peut être difficile, surtout au début et dans les cas à symptomatologie incomplète, quand les signes cardinaux de la maladie ne sont pas encore manifestes et manquent totalement.

Au début, en l'absence des symptômes cutanés des extrémités et en présence des troubles nerveux et psychiques, on peut penser à une méningite tuberculeuse. Nous n'insisterons pas : l'évolution, et, dans le doute, l'examen du liquide céphalo-rachidien aideront à trancher le diagnostic. De même, les éruptions scarlatiniformes, morbilliformes, ou autres pourront prêter à confusion ; mais, très rapidement, les symptômes propres de l'acrodynie permettront d'écarter ces hypothèses. A la période d'état, selon la prédominance de tel ou tel symptôme, on peut confondre l'acrodynie avec une polynévrite, une encéphalite épidémique, une dystrophie musculaire,

une amyotrophie et surtout avec les affections localisées aux extrémités, comme les engelures, l'acrocyanose, l'érythromélgie, la maladie de Raynaud, et même avec l'ergotisme, l'ustilaginisme et la pellagre. Mais, pour un observateur averti, le diagnostic différentiel est facile, et, là encore, nous n'insistons pas.

Les récives, au cours de l'acrodynie, semblent, par contre, avoir un certain intérêt dans le diagnostic et la pathogénie de certaines maladies. Nous voulons parler des syndromes acrodyniformes, des encéphalopathies et de la poliomyélite antérieure aiguë.

Meyer zu Hörste établit une certaine analogie entre l'acrodynie et la suette miliaire. Un auteur allemand, Zechlin, l'a étudié dans ses rapports — d'ailleurs lointains — avec l'acrodynie. Or, la suette miliaire présente des récives. Mais il ne semble pas qu'on doive pousser plus loin l'analyse.

Les syndromes acrodyniformes d'origine toxique ou alimentaire (arsénicisme, ustilaginisme, pellagre) ne posent aucun problème de diagnostic avec l'acrodynie. En effet, lorsqu'on supprime la cause, à savoir l'intoxication par l'arsenic ou par l'ustilago maiadis, immédiatement les phénomènes morbides s'atténuent, puis disparaissent. Comme l'a écrit Mayerhofer, l'évolution de l'ustilaginisme se compte par semaines, celle de l'acrodynie par mois, celle de la pellagre par années.

L'acrodynie récidivante permet-elle un diagnostic avec l'encéphalite épidémique ? Il s'agit là d'un problème complexe. Il existe des points communs en-

tre les deux affections. Le virus acrodynique, comme celui de l'encéphalite, semble persister extrêmement longtemps dans l'organisme. Mais, l'encéphalite ne récidive pas, elle peut guérir sans reliquat ; elle peut guérir en laissant de graves séquelles. Mais surtout, elle peut évoluer de façon chronique durant de longues années, et donner les états post-encéphalitiques bien connus : états parkinsoniens, états démentiels, spasmes de torsions, manifestations cochléo-vestibulaires, pharyngo-laryngés, convulsives, hémiplegiques, paraplégiques, etc.

La question des parentés pathologiques possibles entre les deux affections ne peut être traitée ici. Il existe incontestablement des intrications ; nous avons recueilli deux observations curieuses d'acrodynie ayant précédé des phénomènes encéphalitiques.

Enfin, ces récurrences permettent une différenciation entre l'acrodynie et la poliomyélite antérieure aiguë. En effet, le virus poliomyélitique crée une immunité vraie ; la poliomyélite ne récidive pas.

Existe-t-il des exceptions ? Dans une thèse ancienne (Lyon, 1895 : Du réveil des affections des centres nerveux), R. Pauly écrit : « Il existe des affections des centres nerveux qui peuvent, à des années de distance, se réveiller et donner lieu à une symptomatologie nouvelle. Les faits de cet ordre les plus nombreux concernent la paralysie infantile, qui peut se réveiller 15, 20, 40 ans après la première atteinte.

Tantôt il se produit une paralysie spinale aiguë, tantôt une atrophie musculaire progressive de type

différent et d'une marche un peu irrégulière. L'anatomie pathologique montre que, dans ces cas, il s'agit d'une extension des lésions aux cellules des cornes antérieures de la moelle.

Ce réveil d'un ancien foyer de myélite est difficile à expliquer ; peut-être faut-il l'attribuer à un réveil microbien, ou bien la lésion a-t-elle joué simplement le rôle d'épine, de *locus minoris resistentiae*. On devra ne pas oublier la possibilité de ce réveil dans le pronostic de la paralysie infantile.

En réalité, il ne semble pas s'agir d'une même affection. D'ailleurs, ces affections myélitiques peuvent se voir en dehors de toute atteinte poliomyélitique. Et il semble bien que, en règle générale, la poliomyélite antérieure aiguë ne récidive pas. Il n'en est pas de même de l'acrodynie, qui semble ne créer une immunité vraie qu'après de longues années.

CONCLUSIONS

Les acquisitions réalisées récemment dans le domaine nosologique de l'acrodynie infantile (Maladie de Selter-Swift-Feer) ont montré que cette affection peut réapparaître chez le même sujet.

Mais il convient de distinguer formellement entre *rechute* et *récidive*.

Le terme de rechute doit s'appliquer aux cas où, sans guérison réelle, la maladie subit une recrudescence plus ou moins accusée.

Celui de récidive sera employé dans les cas où, la santé étant pendant un minimum de six mois, revenue à la normale, le sujet présente un nouveau syndrome acrodynique.

Les cas ainsi définis de récidives d'acrodynie sont rares. En général, la récidive est unique. On a cependant relaté des observations de maladie doublée ou même triplée.

La symptomatologie de la ou des récidives reproduit presque fidèlement celle de l'atteinte première, avec un caractère le plus souvent atténué.

L'apparition de ces récidives peut être invoquée comme un argument en faveur de cette hypothèse que l'acrodynie ne crée pas chez le sujet atteint une immunité vraie. En cela, elle se distingue de la poliomyélite antérieure aiguë infantile.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
CORDIER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 Juillet 1940

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDÉOUD (H.) et BOISSONAS. — Note sur 18 cas d'acrodynie observés à l'Hôpital Gourgas, à Genève. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 13, 25 novembre 1939).
- ARDISSON. — L'acrodynie infantile dans la région chalonnaise. (*Journal de Médecine de Lyon*, décembre 1937).
- AUSSEGAT. — Contribution à l'étude clinique et anatomopathologique de l'acrodynie infantile. Publication d'un cas mortel: (*Thèse Lyon*, 1934).
- BARRÉ. — L'acrodynie infantile dans la région avignonnaise. (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 15 mai 1934).
- L'acrodynie infantile dans la région avignonnaise. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 février 1937).
- BÉRAUD (A.). — L'acrodynie infantile dans la région rochelaise. (*Congrès de Pédiatrie de Bordeaux*, 1936.)
- BEUTTER. — L'acrodynie infantile dans la région stéphanoise. (*La Médecine*, août 1935.)
- Quelques faits cliniques sur l'acrodynie dans la Loire et les départements limitrophes. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 février 1937.)
- BÉZY. — L'acrodynie paroxystique de l'enfance. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juillet 1927.)
- BILDERBACK. — Acrodynie. (*Northwest Med. Journ.*, avril 1932.)
- BLACKFAN (K. D.) et Mc KHANN (C. F.). — Acrodynia. (*The Journal of Pediatric*, July 1933.)

BOISSERIE-LACROIX. — Essai de traitement de l'acrodynie par l'opothérapie hypophysaire. (*Soc. de Méd. Inf. Bordeaux*, mars 1936.)

— Acrodynie récidivante : troisième récive. (*Pédiatrie*, décembre 1936, et *Société de Médecine Infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest*, juin 1936.)

— Un cas de récive à longue échéance : 9 ans. (*Pédiatrie*, septembre 1938, et *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine Infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séances des 12 janvier et 27 mars 1938.)

BOISSERIE-LACROIX et LAVIAL. — Acrodynie récidivante. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine Infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 1937, n° 2, p. 114.)

BOUCOMONT. — Recherches sur l'acrodynie d'après 49 observations. (*Montpellier Médical*, juin 1936.)

BOURÉE (J.). — *Thèse Paris*, 1938.

CADENAULE. — Acrodynie après varicelle. Acrodynie et encéphalite. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 octobre 1936.)

CARTENAS Y PASTOR. — La acrodynia infantil. (*La Pedia-Españolas*, mars 1937.)

Mme CAVERIBERE-PEYRE. — Formes frustes de l'acrodynie. (*Thèse Montpellier*, 1935.)

SERVEL DE COSMI. — L'acrodynie infantile. (*Thèse Paris*, 1930.)

DEBRÉ (R.) et CLÉRET. — Acrodynie infantile à forme mutilante. Récive d'acrodynie après 7 années d'intervalle. Séquelles psychiques et vaso-motrices. (*Société de Pédiatrie de Paris*, 24 mai 1932.)

DELVINCOURT. — L'acrodynie dans la région de Reims. (*Thèse Paris*, 1934.)

DEUBER (A.). — Klinische Beiträge zur Neurose des vegetativen Lervensystems (Selter, Swift, Feer). (*Schweiz. Med. Woch.*, 26 mai 1928.)

- DEVIC et BOUQUIN. — L'acrodynie de l'adulte. (*Lyon Médical*, 17 décembre 1935.)
- DORGEVILLE. — L'acrodynie dans le Nord. (*Thèse Nancy*, 1934.)
- DRAGISIK. — L'ustilaginisme et ses rapports avec l'acrodynie. (*Arch. für Kinderheilk*, 1933.)
- DRAGISIC et VARICAK. — Expériences sur l'action toxique de l'ustilago maiadis. (*Archives des maladies des enfants*, 1936.)
- DUPONT. — Etude sur 40 cas d'acrodynie dans la région de Rennes. (*Thèse Paris*, 1935.)
- EXCHAQUET. — Un cas d'acrodynie avec perte des dents et ostéomyélite du maxillaire. (*Revue Médicale de Suisse Romande*, juillet 1930.)
- FEER. — Ein unbekanntes Krankheitsbild Gesellschaft Schweizerischen Pediat. (*Pediat. Berne*, juin 1922.)
- Eine eigenartige Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde. (*Ergebnisse der Inn. Med. u. Kinderheilkunde*, Bâle, 1923.)
- Eine eigenartige Neurose des vegetativen Systems beim Klinkinde; Akrodynie, Erythroedem, Pink disease. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, Berlin, mai 1925.)
- Die vegetative Neurose des Kleinkindes : Akrodynie Kinderarztl. (*Praxis*, septembre 1932.)
- Die spezifische vegetative Neuropathie des Kleinkindes (kindliche Akrodynie). (*Sonderabdruck aus der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift*, 65. Jahrgang 1935, Nr 41, Seite 977.)
- FORNARA. — L'acrodynia infantile. (*Clinico ed Igiene infantile*, mai 1928.)
- FRANTZ Max. — Sur l'acrodynie infantile et son traitement. (*Thèse Lausanne*, 1934.)
- Mlle FROUIN F. — Les formes cliniques de l'acrodynie. (*Thèse Bordeaux*, 1928.)

- GADRAT et PETEL. — Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse, 17 novembre 1928.)
- GLANZMANN. — *Monographie* 1938.)
- HANAUT. — Contribution à l'étude de l'acrodynie infantile. (*Thèse Paris*, 1937.)
- HAUSHALTER. — Sur un dyndrome constitué par des troubles psychiques et des troubles neuro-végétatifs chez l'enfant. (*Revue de Neurologie*, n° 4, avril 1925.)
- L'acrodynie en France. (*Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} avril 1934.)
- HOCHSTETTER. — Syndrome constitué par des altérations du psychisme et du système végétatif chez l'enfant. (*Thèse Nancy*, 1925.)
- HURTE ALVAREZ (Aquilino). — Un caso de acrodinia infantil. (*Archivos Espanoles de Pediatria*, mayo 1935.)
- JANET et DAYRAS. — Sur un syndrome constitué par de l'insomnie, des sueurs, et des troubles vaso-moteurs. (*Soc. de Péd., Paris*, juillet 1926.)
- JENNY. — Die Swift-Feersche Krankheit (Akrodynie). — (*Schweizerischer Medizinischer Wochenschrift*, 9 juillet 1925.)
- Traitement de l'acrodynie (*Schweizerischer Medizinische Wochenschrift*, 10 novembre 1934.)
- KREISSBERGER. — A propos de quelques observations d'acrodynie infantile. (*Thèse Toulouse*, 1933, 1934.)
- LAMY. — L'acrodynie infantile. (*Dauphiné Médical*, n° 6, 1929.)
- LAMY et Mme PROSKOURIAKOFF. — L'acrodynie infantile dans le Dauphiné. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 février 1937.)
- LAVIROTTE. — Contribution à l'étude de l'acrodynie infantile. (*Thèse Lyon*, 1931.)

- LEENHARDT, REVERDY et BALMES. — Deux cas d'acrodynie infantile. (*Soc. des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier*, décembre 1928.)
- LEENHARDT et BOUCOMONT. — Acrodynie. Fréquence annuelle et saisonnière. (*Revue Française de Pédiatrie*, 1935.)
- Recherches sur l'acrodynie, d'après 49 observations. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 février 1937.)
- LEENHARDT, BOUCOMONT et LAFON. — Formes atténuées de l'acrodynie. (*Revue française de Pédiatrie*, 1935.)
- LORENZ (E.). — Zum Wesen und zur Behandlung der Feerschen Krankheit. (*Sonder abdruck aus Archiv für Kinderheilkunde*, Band III, Heft 2, 1937.)
- MARTIN GONZALEZ. — Quelques observations sur l'acrodynie infantile. (*Thèse Paris*, 1927.)
- MAYERHOFER (E.). — Eine bisher unbekannte Form alimentärer Maisschädigung in Kindesalter. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1930, n° 35.)
- Über Fälle von kindlicher « Akrodynie », Akropathie und ihre ätiologische Beziehung zu Ustilago maidis sowie ihre Stellung zur Feer'schen Neurose (*Zeitschrift f. Kinderheilk.*, 49, s. 579-588, 1930).
- MEYER ZU HÖRSTE. — *Klinische Wochenschrift*, 1931, n° 1.
- MOURIQUAND, Mlle WEILL et BADINAND. — Acrodynie fruste diagnostiquée par les signes cardio-vasculaires. (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 12 juin 1934, et *Lyon Méd.*, 23 déc. 1934.)
- MOURIQUAND, SÉDALLIAN et Mlle WEILL. — Enquête sur six cas d'acrodynie; le problème de la contagion. (*Congrès de Pédiatrie*, Bordeaux, 1936.)
- NOBÉCOURT. — Sur quelques formes cliniques de l'acrodynie infantile. (*Journal des Praticiens*, 23 janvier 1932, et *Pédiatrie Pratique*, 5 mai 1932.)

- Acrodynie et encéphalite. (*Journal des Praticiens*, 15 août 1936.)
- NOBÉCOURT et BABONNEIX. — Traité de Médecine des Enfants.
- PARDO-CASTELLO et IBARRE PEREZ. — Erythroedema. (Acrodinia infantil). (*Archivos de Medicina infantil, La Havane*, Año I, 1935.)
- PÉHU. — Quelques observations d'acrodynie. (*Lyon Méd.*, janvier 1927.)
 - Trois nouveaux cas d'acrodynie. (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, mai 1928.)
 - Nouvelles observations d'acrodynie. (*Lyon Méd.*, novembre 1928.)
 - Symptômes et traitement de l'acrodynie. (*La Médecine*, août 1933.)
 - La curieuse histoire de l'acrodynie. (*Synthèse*, février 1934.)
 - Acrodynie d'autrefois et d'aujourd'hui. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, avril 1934.)
 - Nouvelles notes sur l'acrodynie. (*Bulletin de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 15 mai 1934.)
 - Formes atténuées de l'acrodynie. (*Soc. Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 15 mai 1934.)
 - Notes cliniques sur l'acrodynie. (*Lyon Médical*, déc. 1934 et *Pédiatrie*, janvier 1935.)
 - Sur l'acrodynie de l'enfance. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, LVIII^e année, n^o 13, 25 novembre 1938.)
 - Le traitement de l'acrodynie. (*La Vie Médicale*, 27 janvier 1939.)
- PÉHU et ARDISSON. — Quelques cas d'acrodynie observés dans l'enfance. (*Soc. de Péd. Paris*, 19 octobre 1926.)
 - Sur l'acrodynie de l'enfance. (*Paris Médical*, 6 novembre 1926.)

- Une maladie qui ressuscite. (*Paris Médical*, 9 avril 1927.)
- Six nouveaux cas d'acrodynie. (*Soc. Péd. Paris*, 15 nov. 1927.)
- Sur quelques cas nouveaux d'acrodynie. (*Soc. Méd. Hôpitaux Lyon*, octobre 1928.)
- L'acrodynie dans la région de Châlon-sur-Saône. (*Bulletin de l'Académie de Méd.*, 24 avril 1934.)
- PÉHU et BOUCOMONT. — Traitement de l'acrodynie. (*La Médecine*, août 1935.)
- Histoire et géographie de l'acrodynie. (*Journal de Médecine de Lyon*, février 1936.)
- Epidémiologie et pathogénie de l'acrodynie infantile. (*IX^e Congrès des Pédiatres de Langue Française*, tenu à Bordeaux, les 28, 29 et 30 mai 1936.)
- Sur l'acrodynie infantile. Clinique et thérapeutique. (*Journal de Méd. de Lyon*, 5 mai 1938.)
- Sur l'acrodynie infantile. (*Journal de Méd. de Lyon*, 20 février 1940.)
- PÉHU et DECHAUME. — Etude anatomique d'un cas d'acrodynie chez un enfant de 26 mois. (*Soc. Méd. Hôpitaux Lyon*, mars 1935.)
- PÉHU, DECHAUME et BOUCOMONT. — Sur l'anatomie pathologique de l'acrodynie infantile. (*Bull. Académie de Médecine*, 4 juin 1935.)
- Anatomie pathologique et parenté morbide de l'acrodynie. (*Revue Française de Pédiatrie*, n° 2, 1936.)
- PÉHU et JARRICOT. — La conception actuelle de l'acrodynie. (*Paris Médical*, 7 novembre 1931.)
- PÉHU et Mlle LAMBERT. — Acrodynie à forme atténuée chez un nourrisson de 13 mois. (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 21 avril 1931.)

- PÉHU et LESBROC. — Un cas d'acrodynie chez un enfant de 13 ans. (*Soc. Méd. Hôpitaux de Lyon*, 16 novembre 1926.)
- PÉHU et MESTRALLET. — Essais nosologiques sur l'acrodynie infantile. (*Journal de Médecine de Lyon*, novembre 1928.)
- Hypothèse sur la nature de l'acrodynie infantile. (*Revue de Médecine de Paris*, janvier 1931.)
- PICHON. — Articles « Acrodynie infantile » in *Traité de Médecine des enfants*, de Nobécourt et Babonneix.
- Mme PROSKOURIAKOFF. — L'acrodynie infantile dans le Dauphiné. (*Thèse de Lyon*, 1935.)
- RACHET. — Désordres bucco-dentaires dans l'acrodynie. (*Thèse Paris*, 1936.)
- RING (Walter). — *Thèse Tubingen*, 1935.
- ROCAZ. — L'acrodynie infantile; ses formes cliniques. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 janv. 1928.)
- Acrodynie infantile. (*Clinique et Laboratoire*, juillet 1928.)
- L'acrodynie infantile. (*Monographie*, Doin, Paris, 1932.)
- L'épidémie d'acrodynie infantile dans le Sud-Ouest de la France. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 28 avril 1938.)
- L'acrodynie infantile est-elle contagieuse ? (*Soc. de Méd. Inf. de Bordeaux*, 13 janvier 1937, et *Pédiatrie*, août 1937.)
- ROCAZ et LARTIGAUT. — Acrodynie infantile familiale. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 30 juillet 1934, et *Bull. et Mémoires de la Soc. de Méd. Inf. de Bordeaux*, décembre 1935.)
- ROCAZ et BOISSERIE-LACROIX. — Acrodynie et névraxite. (*Paris Méd.*, 26 janvier 1935.)

ROMÉO LOZZANO (A.). — Acrodinia infantil. Enfermedad de Selter. (*Archivos espanoles de Pediatria*, septembre 1938.)

— *Bibliographie des cas espagnols.*

SCHIFT Erwin. — Die Selter Feer'sche Krankheit (die vegetative Neurose der Kleinkinde). (*Sonderdruck aus Klinische Forbildung*, 1933.)

SELTHER (P.). — Von « akrodynie » bis « encephalitis vegetative ». Die geschichye einer Krankheit. (*Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde*, 1934.)

SERVEL DE COSMI. — L'acrodynie infantile : étude clinique. (*Thèse Paris*, 1930.)

Mme STOPEN (Eglé). — De l'évolution de l'acrodynie infantile (fréquence des formes prolongées et des séquelles). (*Thèse Paris*, 1928.)

observés dans la région nantaise. (*Thèse Paris*,

THÉBAUD. — L'acrodynie infantile. A propos de 32 cas 1932.)

WEILL-HALLÉ et KLOTZ. — Un cas d'acrodynie récidivante. Etude du syndrome vaso-moteur. (*Soc. de Pédiatrie*, 9 juillet 1934.)

ZAHORSKY. — Three cases of erythroedéma (Acrodinia) in infants. (*Med. Clin. North America*, Philadelphie, 1922.)

TABLE DES MATIERES

Historique	11
Distinction entre les termes rechute et récidive....	19
Observations	29
Comportement des récidives	67
I. — Le comportement de la première atteinte..	67
II. — La période intercalaire.....	82
III. — La récidive unique.....	86
IV. — Les récidives doubles	96
V. — Les récidives triples.....	97
Diagnostic	99
Conclusions.	103
Bibliographie	105



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



